

SPORTLUI SE KOGNITIEWE EN EMOSIONELE BELEWING VAN BESERINGS

PIÉRE DE VILLIERS NEL



**Proefskrif ingelewer vir die graad
Doktor in die Wysbegeerte
(Sportsielkunde)
aan die Universiteit van Stellenbosch**

Promotor: Prof J. Potgieter

Desember 1999

VERKLARING

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie proefskrif vervat my eie oorspronklike werk is en dat ek dit nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige universiteit ter verkryging van 'n graad voorgelê het nie.

OPSOMMING

Hierdie navorsing het die uitbreiding van bestaande wetenskaplike kennis oor die sielkundige effek van beserings ten doel gehad. Uit die literatuur blyk dit dat sportpersone verskillend op beserings reageer. Verskeie modelle word in die verduideliking van beseerde sportpersone se kognitiewe en emosionele belewenis van beserings gebruik. Die model van Kübler-Ross (1969) word veral gebruik.

Die onderzoekgroep het bestaan uit 21 sportpersone. Hierdie persone het sport ten minste op provinsiale vlak beoefen. Hulle het verskillende ouderdomsgroepe en geslagte verteenwoordig, het verskillende kultuuragtergronde gehad en het verskillende sportsoorte beoefen. Al die sportpersone kon as gevolg van beserings vir 'n minimum tydperk van twee maande nie aan sport deelneem nie.

Onderhoude is met die toetslinge aan die hand van 'n half-gestruktureerde onderhoudsgids gevoer. Laasgenoemde is ontwikkel op grond van 'n literatuurstudie oor die sielkundige reaksie op verliese en beserings, asook bestaande navorsingsmetodologie. Die ervaring van die navorser in konsultasie met persone wat verliese gely het, is ook by die ontwikkeling van die onderhoudsgids gebruik. Die beseeringsproses is opgedeel in verskillende fases, naamlik:

- Voorbeseeringsfase
- Beseeringsfase
- Behandelingsbesluite- en beplanningsfase
- Vroeë-rehabilitasiefase
- Laat-rehabilitasiefase
- Terugkeer na kompeterende sport

Die onderhoudsgids is getoets deur 'n loodsstudie op twee beseerde sportpersone. Die loodsstudie is onderneem om te verseker dat die regte inligting verkry sou word en die vrae duidelik sou wees. Veranderinge is hierna aangebring en die inhoud van die gids is aan sielkundiges voorgelê om die inhoud daarvan te verifieer.

Die onderhoude is op band geneem. Al die opnames is verbatim getranskribeer. Die inligting is hierna volgens die *QSR NUD*IST* rekenaarprogram gekodeer en geanaliseer. Die *QSR NUD*IST* program is spesifiek vir die beheer van kwalitatiewe data ontwikkel. Die betroubaarheid en geldigheid van die datakodering en –analiserings is deur ’n proses van driehoekige konsensus ondervang. ’n Mede-sielkundige wat ook ’n belangstelling in sport het, is by die kodering en ontleding van die data betrek.

Soos verwag het sportpersone verskillend op die beserings gereageer. Hierdie verskil in reaksie het egter ook binne die verskillende fases van die beseringsbestuursproses voortgeduur. Uiteenlopende verliese wat hul as gevolg van die besering gely het, is deur die sportlui geïdentifiseer. Uiteenlopende faktore wat hul kognisies en emosies tydens die beseringsbestuursproses beïnvloed het, is geïdentifiseer. Die betekenis wat aan sportdeelname geheg word bepaal grootliks die persepsie en graad van die beleefde verlies, asook die kognitiewe en emosionele reaksie. Verskeie voordele verwant aan beseer wees, is ook geïdentifiseer.

Die doelwit van die navorsing is bereik deurdat die verskillende kognitiewe en emosionele reaksies op beserings binne die verskillende fases van die beseringsbestuursproses bepaal is.

SUMMARY

This research sought to extend the existing scientific literature regarding the psychological effect of injuries. According to the related literature sportspersons react differently to injuries. A number of models are used in the description of the reaction to injuries of which Kübler-Ross's model (1969) is most cited.

Interviews were conducted with 21 sportspersons who competed on at least provincial level. They represented different age groups, sport types, genders and cultural groups. All the sportspersons were unable to compete in competitive sport due to injury for at least two months.

A semi-structured interview guide was used during the interviews. Psychology-based literature as it pertained to the experience of loss and models of injury response, as well as existing qualitative methodological sources, and the researcher's own experience of working with people who suffered losses, were used in the composition of the interview guide. The injury process was divided into different phases, namely:

- Pre-injury phase
- Injury phase
- Treatment decisions and planning phase
- Early rehabilitation phase
- Late rehabilitation phase
- Return to competition

A pilot study was conducted with two injured sportsmen. The purpose of the pilot interview was to ensure that the interview questions were tapping into the appropriate information and that the questions were clear. Changes were made and the interview guide was presented to psychologists in order to verify the contents.

All the interviews were tape-recorded and transcribed verbatim. The *QSR NUD*IST* computer programme, specifically designed to manage qualitative data, was used in the

coding and analysis of the data. Triangulation was used to ensure the validity of the coded data and analyzed data. A fellow psychologist with an interest in sport was used in the process of triangulation for the coding of the data and data analysis.

The sportspersons reacted differently to injuries. These differences were also evident within the different phases of the injury management process. The injured sportspersons identified different types of losses experienced during the different phases. A number of factors affecting their cognitions and emotions during the different phases of the injury management process were identified. Their perception and the degree of the experienced loss, as well as the cognitive and emotional reactions were largely influenced by the meaning that sport participation has for them. A number of advantages related to being injured were also identified.

The purpose of the research was reached through the identification of the different cognitive and emotional reactions to injuries within the different phases of the injury management process.

DANKBETUIGINGS

Ek betuig graag my opregte dank en waardering aan die volgende persone en instansies:

- Diana, Nina en De Villiers vir hul liefde, aanmoediging en entoesiasme.
- My twee ouerpare vir hul ondersteuning en geloof in my.
- Dawie Viljoen vir sy hulp met driehoekige konsensus.
- Die Suid-Afrikaanse Militêre Geneeskundige Dienste.
- Ilse Evertse vir die taalversorging.
- Professor Potgieter vir sy geduld en motivering.
- My Hemelse Vader wat my oorlaai met Sy seëninge. Aan Hom al die eer.

LYS VAN TABELLE

	p.
Tabel 1: Gedragsimptome met betrekking tot beserings.....	51
Tabel 2: Gedragsresponse aanduidend van ingesteldheid tot behandeling en rehabilitasie.....	53
Tabel 3: Demografiese agtergrond van toetslinge	85
Tabel 4: Kognisies beleef gedurende die voorbeseringsfase.....	89
Tabel 5: Emosies ervaar gedurende die voorbeseringsfase.....	92
Tabel 6: Gedrag openbaar gedurende die voorbeseringsfase.....	93
Tabel 7: Stressore beleef gedurende die voorbeseringsfase.....	94
Tabel 8: Oorsake van beserings.....	96
Tabel 9: Kognisies beleef gedurende die beseringsfase.....	97
Tabel 10: Emosies ervaar gedurende die beseringsfase.....	99
Tabel 11: Gedrag openbaar gedurende die beseringsfase.....	100
Tabel 12: Kognisies beleef gedurende die behandelingsbesluite- en beplanningsfase.....	102
Tabel 13: Emosies ervaar gedurende die behandelingsbesluite- en beplanningsfase.....	105

Tabel 14:	Gedrag openbaar gedurende die behandelingsbesluite- en beplanningsfase.....	106
Tabel 15:	Stressore aanwesig gedurende die behandelingsbesluite- en beplanningsfase.....	107
Tabel 16:	Verliese ervaar gedurende die behandelingsbesluite- en beplanningsfase.....	108
Tabel 17:	Kognisies beleef gedurende die vroeë-rehabilitasiefase	110
Tabel 18:	Emosies ervaar gedurende die vroeë-rehabilitasiefase.....	117
Tabel 19:	Gedrag openbaar gedurende die vroeë-rehabilitasiefase.....	119
Tabel 20:	Stressore ervaar gedurende die vroeë-rehabilitasiefase.....	121
Tabel 21:	Verliese ervaar gedurende die vroeë-rehabilitasiefase.....	122
Tabel 22:	Kognisies beleef gedurende die laat-rehabilitasiefase.....	124
Tabel 23:	Motivering om by die behandelingsplan te bly.....	125
Tabel 24:	Emosies ervaar gedurende die laat-rehabilitasiefase.....	127
Tabel 25:	Gedrag openbaar gedurende die laat-rehabilitasiefase.....	128
Tabel 26:	Verliese ervaar gedurende die laat-rehabilitasiefase.....	129
Tabel 27:	Kognisies beleef gedurende die terugkeer na kompeterende sport.....	131

Tabel 28:	Emosies ervaar gedurende die terugkeer na kompeterende sport.....	134
Tabel 29:	Gedrag openbaar gedurende die terugkeer na kompeterende sport.....	135
Tabel 30:	Struikelblokke beleef gedurende die rehabilitasiefases.....	136
Tabel 31:	Voordele verbonde aan beseer wees	138

INHOUDSOPGAWE

	p.
VERKLARING	i
OPSOMMING	ii
SUMMARY	iv
DANKBETUIGINGS	vi
LYS VAN TABELLE	vii
HOOFSTUK 1: PROBLEEMSTELLING EN DOEL VAN ONDERSOEK.....	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Probleemstelling	1
1.3 Doel van ondersoek	2
1.4 Begripsomskrywing	2
1.5 Verloop van studie	2
HOOFSTUK 2: LITERATUURSTUDIE	4
2.1 Inleiding	4

2.2	Deelname aan fisieke aktiwiteit. 'n Filosofiese beskouing	4
2.2.1	Eksistensialisme	5
2.2.2	Fenomenologie.....	7
2.2.3	Hermeunetika	8
2.3	Die sielkundige en sosiale betekenisvolheid van sportdeelname	10
2.3.1	Narsissisme in volwasse sport	12
2.3.2	Volwasse aktiwiteit en aanpassing tot die middeljare.....	13
2.4	Andersen en Williams (1988) se stres- en sportbeseringsmodel.....	14
2.4.1	Voorspellers van beserings	14
2.4.2	Onderliggende meganismes	15
2.4.3	Die stresrespons.....	16
2.4.3.1	Kognitiewe evaluering.....	16
2.4.3.2	Geskiedenis van stressore.....	17
2.4.3.3	Persoonlikheidsfaktore	20
2.4.3.3.1	Gehardheid	24
2.4.3.4	Hanteringsbronne	26
2.4.3.4.1	Sielkundige intervensie	27
2.5	Reaksie op beserings	30
2.5.1	Die voorspellersmodel van die kognitiewe, emosionele en gedragsresponse van sportlui betreffende beserings en rehabilitasie	31
2.5.2	Hartseer.....	32
2.5.2.1	Kliniese ondersoeke betreffende verlies en hartseer	35
2.5.2.2	Die hartseerproses	37
2.5.2.3	Determinante van die hartseerproses.....	43
2.5.2.4	Hartseerverwante modelle van die emosionele respons op beserings.....	46
2.6	Rehabilitasiedeelname	50
2.6.1	Sportlui se ingesteldheid tot rehabilitasie	53

2.6.2	Eksterne faktore wat prestering ten tye van rehabilitasie beïnvloed	55
2.6.3	Strategieë om verbintenis tot rehabilitasie-deelname te bevorder.....	57
2.6.4	Kontrole-strategieë ten opsigte van kognisies, emosies en gedrag ten tye van rehabilitasie.....	59
2.6.5	Verbintenisstrategieë.....	61
2.7	Pyn en pynbeheer	63
2.7.1	Die biopsigologiese aard van pyn	64
2.7.1.1	Biologiese faktore	64
2.7.1.2	Sielkundige faktore	66
2.7.1.3	Pynevaluasie	67
2.7.1.4	Pynbestuur	69

HOOFSTUK 3: NAVORSINGSMETODOLOGIE..... 71

3.1	Inleiding.....	71
3.2	Navorsingstrategie.....	71
3.2.1	Algemene oorwegings.....	71
3.2.2	Die waarde van kwalitatiewe teenoor kwantitatiewe navorsingsmetodes.....	72
3.2.3	Fases en beginsels van kwalitatiewe navorsing.....	73
3.2.4	Metodes om geloofwaardigheid van data te vestig.....	76
3.2.5	Aspekte wat die data-prosessering kan beïnvloed	78
3.3.	Vorige navorsing.....	78
3.4	Prosedure	80
3.4.1	Die navorser se beseringsagtergrond.....	80
3.4.2	Ontwikkeling van die onderhoudsriglyn	81

3.4.3	Loodsstudie.....	81
3.4.4	Verdere verfyning van onderhoudsgids.....	82
3.4.5	Data-insameling	82
3.5	Toetslinge	84
3.6	Data-analise	86
HOOFSTUK 4: NAVORSINGSRESULTATE.....		88
4.1	Voorbeseringsfase.....	89
4.1.1	Kognisies	89
4.1.2	Emosies.....	92
4.1.3	Gedrag	93
4.1.4	Stressore	94
4.1.5	Opsomming.....	95
4.2	Beseringsfase	96
4.2.1	Oorsake van beserings.....	96
4.2.2	Kognisies	97
4.2.3	Emosies.....	99
4.2.4	Gedrag	100
4.2.5	Opsomming.....	101
4.3	Behandelingsbesluite- en beplanningsfase	102
4.3.1	Kognisies	102
4.3.2	Emosies.....	105
4.3.3	Gedrag	106
4.3.4	Stressore	107
4.3.5	Verliese.....	107

4.3.6	Opsomming.....	108
4.4	Vroeë-rehabilitasiefase.....	110
4.4.1	Kognisies	110
4.4.2	Emosies.....	117
4.4.3	Gedrag	119
4.4.4	Stressore	121
4.4.5	Verliese.....	122
4.4.6	Opsomming.....	123
4.5	Laat-rehabilitasiefase.....	124
4.5.1	Kognisies	124
4.5.2	Motivering om by behandelingsplan te bly	125
4.5.3	Emosies.....	127
4.5.4	Gedrag	128
4.5.5	Verliese.....	128
4.5.6	Opsomming.....	130
4.6	Terugkeer na kompeterende sport.....	131
4.6.1	Kognisies	131
4.6.2	Emosies.....	133
4.6.3	Gedrag	135
4.6.4	Opsomming.....	135
4.7	Struikelblokke gedurende die beseringsrehabilitasiefases	136
4.8	Voordele verbonde aan beseer wees	138

HOOFSTUK 5: BESPREEKING EN SAMEVATTING	140
5.1 Inleiding	140
5.2 Bespreking van navorsingsresultate	140
5.2.1 Voorbeseringsfase	140
5.2.2 Beseringsfase	142
5.2.3 Behandelingsbesluite- en beplanningsfase	144
5.2.4 Vroeë-rehabilitasiefase	145
5.2.5 Laat-rehabilitasiefase	148
5.2.6 Terugkeer na kompeterende sport	151
5.2.7 Samevatting	152
5.3 Kritiese oorsig van studie	153
5.3.1 Tekortkominge	153
5.3.2 Bydraes	154
5.4 Voorstelle vir toekomstige studies	154
5.5 Implikasies vir die praktyk	155
VERWYSINGSLYS	156
BYLAE A: Onderhoudsgids vir half-gestruktureerde onderhoude	170
BYLAE B: Brief aan sportfederasies	173
BYLAE C: Biografiese inligting en toestemming	175

HOOFSTUK 1

PROBLEEMSTELLING EN DOEL VAN ONDERSOEK

1.1 Inleiding

Beserings kom algemeen by sportlui voor. Die tragiek is dat wanneer sportlui beseer is, hulle dikwels aan hulleself oorgelaat word om veral van die emosionele impak te herstel. Die emosionele ingesteldheid van 'n beseerde sportpersoon is egter bepalend tot die mate waartoe die individu homself/haarself tot die rehabilitasieproses verbind.

Sportlui is dikwels fisiek van beserings gerehabiliteer, maar is nie altyd psigies gereed om terug te keer na kompeterende sportdeelname nie.

1.2 Probleemstelling

Hoewel daar heelwat navorsing oor die reaksie op verliese binne die kliniese sielkunde gedoen is, is die kennis aangaande die reaksie van sportlui op beserings egter beperk. Die fases van rou soos deur Kübler-Ross (1969) bepaal, word meestal gebruik om sportpersone se reaksie op beserings te voorspel en te verduidelik. Kübler-Ross (1969) se navorsing was gebaseer op die reaksies van terminale kanker pasiënte. Die geskiktheid van die model word dus in die begrip van sportlui se reaksies op beserings bevraagteken.

Min kwalitatiewe navorsing is aangaande die emosionele reaksie van sportlui op beserings gedoen. Krane, Andersen en Strean (1997) moedig navorsers aan om meer van kwalitatiewe navorsingsmetodes binne die terrein van die sportsielkunde gebruik te maak.

Die rykheid van die menslike ervaring kan beter deur kwalitatiewe navorsing ontdek word. Beter sielkundige behandelingsprogramme kan saamgestel word indien die eiesoortige belewenis van 'n individu se beserings verstaan word.

1.3 Doel van ondersoek

Die doel van die navorsing is om te bepaal wat die tipiese kennisies en emosies is wat sportlui binne sekere fases van die beseringsproses beleef. Die beseringsproses is opgedeel binne sekere fases om sodoende die sportlui se reaksies beter te kan begryp. Die stressors waaraan die sportpersoon blootgestel was, asook die verliese wat hy/sy as gevolg van die besering gely het, word ook geïdentifiseer. Die fokus van die navorsing is egter op die ervarede kennisies en emosies. Die gedrag wat volg op sekere kennisies en emosies word slegs gemeld waar dit duidelik in onderhoude voorgekom het.

1.4 Begripsomskrywing

Om moontlike verwarring uit te skakel word enkele van die begrippe wat in die studie gebruik is, nader omskryf.

- Met sportlui of sportpersoon word bedoel enige persoon wat sport beoefen, ongeag die geslag, ouderdom, kultuuragtergrond, tipe sport en vlak van deelname.
- Met beserings word bedoel enige tipe besering, ongeag die lokalisasie, die ernstigheidsgraad en die omstandighede. Indien 'n persoon homself/haarself by die huis of werk beseer het word dit steeds as 'n besering beskou. Die persoon moes egter vir 'n periode van twee maande nie aan sportbeoefening kon deelneem nie.

1.5 Verloop van studie

Hoofstuk twee behels 'n literatuurstudie oor 'n filosofiese beskouing van deelname aan fisieke aktiwiteit en die betekenisvolheid van sportdeelname. Die bespreking van 'n stres- en sportbaseringsmodel volg, asook die reaksie van sportlui op beserings, die deel

name aan rehabilitasie en 'n bespreking van pyn. In hoofstuk drie word die navorsingsmetodologie bespreek. Die navorsingsresultate word in hoofstuk vier weergegee. Die bespreking van die resultate, asook 'n kritiese oorsig en aanbevelings vir verdere navorsing verskyn in hoofstuk vyf.

HOOFTUK 2

LITERATUURSTUDIE

2.1 *Inleiding*

Alvorens sportlief se reaksie op beserings verstaan kan word, moet bestaande kennis oor sportdeelname en beserings eers ondersoek word. Vervolgens word 'n beskouing van menslike gedrag en sportdeelname bespreek.

2.2 *Deelname aan fisieke aktiwiteit. 'n Filosofiese beskouing*

Die kompleksiteit van menslike gedrag vereis verskillende benaderings om dit te verklaar. Die bekende gedrags- en fisiologiese benaderings is nie alleen daartoe in staat om die kompleksiteit van deelname aan sport te verklaar nie. Die redusering van menslike gedrag tot gedrags- en fisiologiese benaderings, asook die beperkte ondersoek volgens empiriese metodes, is kunsmatige beperkings op die aard van die realiteit wat ons verkies om waar te neem. Die verstaan van sportdeelname word so dus ernstig ingeperk (Fahlberg, Fahlberg & Gates, 1992).

Volgens Fahlberg *et al.* (1992) is daar vier hoofstrominge in sielkunde betreffende die verklaring van menslike gedrag, naamlik:

- Psigo-analitiese benadering.
- Kognitiewe en gedragsbenadering. Die fokus is op eksperimentering, voorspelling en meting.
- Humanistiese/eksistensiële benadering. Die twee strominge verskil wel, maar ooreenstem ten opsigte van die beklemtoning van die menslike gebied, insluitende die menslike fenomeen, wat byvoorbeeld vryheid, liefde en wil insluit (Grof, 1985).
- Transpersonele benadering.

Baie navorsers erken die beperkings van reduksionisme in gedragswetenskappe (Capra,

1982), asook spesifiek binne sportsielkunde (Dishman, 1982). Volgens Wilber (1983) verwys 'n reduksie na die ekwivalent van 'n poging om 'n drie-dimensionele sfeer te verstaan wanneer al die bestaande modelle slegs twee-dimensionele modelle is. So 'n eksklusiewe fokus op een spesifieke deel of eienskap lei tot die ignorering van die geheel. Navorsers wat reduksionistiese modelle gebruik, maak hul gereeld skuldig aan 'n eng fokus deur te glo dat gedrag deur die objek van die fokus veroorsaak word (Peele, 1981).

Betekenis is vir die mens soos water vir 'n vis. Betekenis is die wêreld waarbinne ons leef, beweeg en waarin ons deel. Betekenis is die agtergrondslig wat ons wêreld, ons realiteit, in fokus bring. Die lokus van die betekenis is gesentraliseer, nie in materiële objekte nie, maar in menslike bewustheid (Laughlin, McManus & d'Aquili, 1990). Die verstaan van betekenis kan nie geskied sonder dat aandag aan die menslike bewustheid geskenk word nie. Fahlberg (1990) wys daarop dat die betekenis van sportdeelname nie verstaan sal word alvorens die ervaring van die gewoonte-deelnemer ondersoek is nie. Geertz (1973) wys daarop dat deur te faal in die verstaan van betekenis ten opsigte van gedrag, ons ons daarvan weerhou om te kan onderskei tussen twee stelde gedrag, so eenvoudig soos 'n oogwink en 'n oogsenuweetrekking. As fisieke beweging is hulle dieselfde, maar as betekenisvolle gedrag verskil hulle tot 'n groot mate.

Hekman (1986) wys dat ons deur middel van ons bewustheid moet soek na die spieël van geleefde menslike ervaring. Kennis van die betekenis van ervaringe verhoog die verstaan van die geleefde ervaring. Die insluiting van hierdie aspekte van die menslike leefwêreld is kritiek wanneer "hoekom" vrae gevra word (Smith, 1983). Dit impliseer die verstaan van betekenis en verduidelik die meganisme.

2.2.1 Eksistensialisme

Volgens May (1983) vra eksistensialisme vrae ten opsigte van die aard van die menslike wese en die menslike kondisie. Bestaan is eksistensieel eerder as omstandighedsgebaseer (Wilber, 1982). Dood kom oral voor waar lewe is. Dat dood voorkom is eksistensieel; hoe dit gebeur is omstandighedsgebonde.

Volgens May en Yalom (1989:363) is hierdie aangeleenthede onlosmaakbaar deel van die menslike bestaan in die wêreld. Eksistensiële benaderings fokus nie baie op spesifieke tegnieke nie, maar eerder op konsepte ten opsigte van menslike wesens en onderliggende aannames.

Existential psychotherapy is not a specific technical approach that represents a new set for therapy. It asks deep questions about the nature of the human being and the nature of anxiety, despair, grief, loneliness, isolation, and anomie. It also deals centrally with questions of creativity and love.

Volgens die eksistensialis word mense in 'n vyandige wêreld gegooi waar hulle desperaat poog om doelwitte te bereik. Die belangrikheid van sulke doelwitte sal egter genadeloos deur dood vernietig word (Grof, 1985). Menslike wesens kan volgens Grof (1985) poog om die gedagte van die finale eindbestemming te vermy deur te leef op 'n kunsmatige en konvensionele manier, hoewel dit aan die lewe 'n vals kwaliteit verskaf. Enige aktiwiteit, insluitende die beoefening van sport kan as 'n verdediging vir die ego dien teen die bewustheid van dood.

Betekenis en betekenisloosheid is addisionele belangrike aspekte. May en Yalom (1989) wys daarop dat individue in 'n ongestruktureerde wêreld akuut verward voel en dan na 'n patroon, verduideliking en betekenis van bestaan soek.

Die belangrikheid van bestaan word deur Frankl (1984) beklemtoon as hy voorstel dat die primêre motiverende mag in 'n mens die strewe na betekenis in sy lewe is. Individue word gedaag om betekenis in hul lewe te bepaal, en neig dan tot verdedigingsmeganismes soos konformering (doen wat ander doen) of totalitarisme (doen wat ander sê om te doen).

Eksistensialisme beklemtoon die bepaling van 'n individu se eie betekenis aan die lewe, waarna sy/haar bestaan eg raak (Grof, 1985). Egtheid word bepaal deur intrinsieke betekenis in kontras met sosiaal gekondisioneerde gedrag. Die soeke na ekstrasieke betekenis lei tot onegtheid (Wilber, 1986).

Polkinghorne (1983) wys daarop dat die doelwit van eksistensiële sielkunde die verstaan is van mense soos hul bestaan. Volgens Polkinghorne (1983:205) verwys eksistensialisme na:

In existentialism, the structures of consciousness do not resemble the structures of logical and mathematical operations; they are made up of strata of transactions which have been constructed into meaningful human experience so that sense can be made of existence. The existential-phenomenological (descriptive) system of inquiry investigates the various structures of orientation toward the world which make up human existence.

Eksistensialisme en fenomenologie beklemtoon die geleefde ervaring wat vervat is in die bewuste, daarom die gekombineerde term eksistensieel-fenomenologies (Fahlberg *et al.*, 1992). Die geleefde ervaring word erken soos gegee in die bewustheid, en is die fokus van die onderhawige ondersoek. Die fokus op die geleefde ervaring skryf 'n radikale vertrek voor van die epistemologiese vertrekpunt van 'n gemeganiseerde/reduksionele wetenskap wat op die saak alleen fokus.

2.2.2 Fenomenologie

Polkinghorne (1983: 203) toon aan dat:

The phenomenological (descriptive) approach focuses on the structures of experience, the organizing principles that give form and meaning to the lifeworld, while the hermeneutic (interpretive) approach concentrates on the historical meaning of experience and its developmental and cumulative effects at both the individual and social levels.

Die verstaan van die effek van beserings op beseerde sportlui kan dus gefassiliteer word deur die studie van die bewuste via fenomenologie en die studie van die betekenis via hermeunetika.

Volgens Polkinghorne (1983) verwys sielkundige fenomenologie na die wetenskap van die belangrike strukture van bewustheid. Die oogmerk van so 'n studie is om te fokus op

die beskrywing van die basiese strukture van die geleefde ervaring eerder as op gedrag. Eksistensiële-fenomenologie beklemtoon die belangrike strukture van bewustheid waardeur ervaring georganiseer en betekenisvol gemaak word. 'n Ongestruktureerde onderhoud is 'n tipiese fenomenologiese navorsingsmetode (Polkinghorne, 1989).

Fenomenologie is beskrywend en fokus onder die oppervlak van individuele gebeure om patrone te beskryf (Polkinghorne, 1983). Dit is 'n poging om die gebied van intersubjektiewe simbole eerder as die gebied van slegs objekte te bestudeer. Die persoon se ervaarde betekenis, in plaas van 'n beskrywing van sy owerste aksies of gedrag, is die fokus van die studie. Die fokus sal dus wees op byvoorbeeld hoe beserings ervaar word, in plaas van op variasies in hoe dit waargeneem kan word.

2.2.3 Hermeunetika

Hermeunetika is die studie van interpretasie en behels die ontdekking van betekenis deur die verduideliking van konteks (Hekman, 1986). Die studie van menslike gedrag is onderworpe aan waninterpretasie wanneer buite konteks geïnterpreteer word (Gadamer, 1975). Polkinghorne (1983) toon aan dat hermeneutika juis met eksistensiële benaderings verenigbaar is, omdat die klem op beide betekenis en belewing in konteks van kultuur geplaas word.

Die gebruik van die eksistensiële epistemologie, fenomenologie en hermeneutika, word voorafgegaan deur die verstaan dat die menslike bestaan verder strek as net liggaam tot verstand, verder as objek tot simbool, en verder as saak tot betekenis (Wilber, 1983). Wilber (1983) wys verder daarop dat daar nie twee verskillende benaderings tot dieselfde realiteit is nie, maar wel twee verskillende benaderings tot twee vlakke van realiteit. 'n Fisioloog kan die funksie van die longe gedurende sportdeelname beskryf, maar kan niks ten opsigte van die betekenis van die aërobiese aktiwiteit as 'n eksistensiële of omstandighedsgebonde fenomeen meld nie.

Die gebrek aan erkenning van gedrag as simbolies en betekenisvol het geresulteer in die

gebrek aan differensiasie tussen gedrag en beweging; 'n onderskeid is krities vir die verstaan van betekenis in sportdeelname (Fahlberg *et al.*, 1992). Fahlberg en Fahlberg (1990) meld dat intervensieprogramme gerig op die verandering van sportdeelname, sonder om individuele betekenis en kulturele konteks in ag te neem, ontoepaslik en misleidend kan wees.

Wankel en Berger (1990) meld dat sport, soos meeste ander aktiwiteite nie *a priori* swak of goed is nie, maar die potensiaal het om beide positiewe of negatiewe uitslae tot gevolg te hê. Die onoordeelkundige aanbeveling of nie-aanbeveling van deelname aan sport kan nadelig wees indien die persoon se beleefde ervaring, of die konteks waarin sportdeelname plaasvind, nie in ag geneem word nie. So kan 'n gedehumaniseerde, buite-kontekstuele benadering maklik in byvoorbeeld, die aanmoediging van gewigsverlies vir potensieel anoreksiese populasies resulteer.

In 'n hermeneutiese voorstelling van gedrag is dit wat as gesond gedefinieer word, verbind aan die individu se konteks en oogmerk (Fahlberg *et al.*, 1992). Volgens Allen en Jensen (1990) laat hermeneutiese metodologie en metodes deelnemers toe om die ervaring van hul gedrag te beskryf. Dit is dan die taak van die navorser om tot 'n verstaan van die gedrag, soos verskaf deur die persone in hul sosiokulturele en historiese konteks, te kom (Hekman, 1986). Die vraag "Hoekom?", kan dus voorafgegaan word deur die vraag "Wat beteken dit?"

As ons mense wil verstaan, is dit nodig om kennis van hul geleefde ervaring te dra. As ons wil weet wat hul ervaring is, moet hulle die geleentheid gebied word om dit te beskryf. Indien intervensies beplan word, is kennis van hul realiteit van kardinale belang. Dit is dus daarom meer toepaslik om vrae te vra wat omskrywing, interpretasie en verstaan verg, as om 'n ondersoekprogram gekenmerk deur hipotesetoetsing en eksperimentering, te loods.

Fahlberg *et al.* (1992) het gevind dat deelname aan sport as 'n doel tot sielkundige onderdrukking dien slegs so lank as wat 'n persoon tot sportdeelname in staat is. Indien deel-

name aan sport nie meer moontlik is nie, tipies as gevolg van beserings of siektes, kan 'n verlieservaring volg. Die krisis word gekenmerk deurdat die persoon ontstel word tot 'n bewustheid van dit wat onderdruk was. Soos enige ander aktiwiteit kan sportdeelname ook gebruik word om 'n bewustheid van ander, meer diepliggende, ontstellende lewensvraagstukke te blokkeer.

Mense kan afhanklik raak van sportdeelname wanneer dit op 'n verskeidenheid van betekenis gebaseer is. Wanneer betekenis soos selfverwesenlikingsetiek en sportdeelname as selfwaarde gebaseer word op die vermoë om 'n oefenprogram vol te hou, kan 'n inperkende besering aanleiding gee tot 'n verlieskrisis. Die lewe verloor sy betekenis en die gedepriveerde deelnemer verloor sy waarde. Die verstaan van sulke verliese is gebaseer op die verstaan van betekenis. Die graad van gevoelens van verlies ervaar, moet nie gering geag word nie (Fahlberg *et al.*, 1992).

2.3 Die sielkundige en sosiale betekenisvolheid van sportdeelname

Sportdeelname word reeds vroeg by die ontwikkeling van kinders betrek. Dit is sosiaal en sielkundig betekenisvol en beskik oor motiverende waarde. Voorskools dra kognisie-, woordeskat- en spierontwikkelingspeletjies tesame met die gepaardgaande sportdeelname, by tot die ontwikkeling van outonomieit, selfkontrole en fisieke bemeestering. Die resulterende onafhanklikheid en selfbeeld dra by tot lewenslange ingesteldhede van toereikendheid en persoonlike kontrole, vryheid, asook die vryheid om die omgewing te konfronteer (Eldridge, 1983).

Speletjies verkry dikwels addisionele waardes, onder andere deur ouers se aanmoediging, en raak dan simbole van emosionele gesondheid. Hierdie addisionele waardes word dikwels na die volwasse lewe as “funksioneel outonome eindpunte” oorgedra. Hulle kan ook noodsaaklik raak vir die simboliese bereiking van selfsteem, of om vir tekorte in persoonlike toereikendheid te kompenseer. Onderbrekings in volwasse sportdeelname deur uitgerekte beserings kan deelnemers ontnem van gemaklike gewoontes soos aangeleer tydens die kinderjare, of kan gevoelens van outonomieit of doelwitbereiking

wat simbolies herbeleef word, verbreek (Eldridge, 1983).

Die ontwikkeling van kinderfantasieë gedurende spel laat ruimte vir die ontwikkeling van kreatiewe interpretasies van die realiteit, asook liberale abstraherings ten opsigte van identiteit in 'n sogenaamde ego-versterkende wêreld. Volwassenes probeer gefantaseerde ideale beelde of heroïese karaktertrekke weer herwin deur dikwels van sport en speletjies as persoonlikheidsversterkingsmeganismes gebruik te maak (Eldridge, 1983).

Tydens die laerskoolfase help sport en gesofistikeerde spel seuns om te sosialiseer tot kompeterende doelwitbereiking-georiënteerde identiteite. Daar word aanvaar dat sportdeelname tot sosiaal aanvaarbare uitlaatkleppe vir angstigheid en aggressie lei. Seuns leer tradisioneel manlike eienskappe en egoverdedigingsmeganismes aan wat oor die algemeen as noodsaaklike voorbereiding vir volwassenheid beskou word (Eldridge, 1983). Meisies leer daarenteen meer emosioneel ondersteunende rolle aan as waarnemers van manlike sport. Sportdeelname word gebruik om sosiaal gewaardeerde aantreklikheid en interpersoonlike verhoudings te onderhou. Sportdeelname leer beide geslagte omtrent verhoudingsnetwerke in sosiale sisteme, bymekaarpassende rolle, kommunikasie, besluitnemingsprosesse, spanwerk, en sosiale verantwoordelikheid vir die toekoms (Eldridge, 1983).

Bogenoemde gedragsmodelle word dikwels deur volwasse sport herbevestig om emosioneel veilige identiteite te onderhou, bevredigende verhoudings te ontwikkel, of om fantasieë van gewenste simboliese rolle of selfbeelde uit te leef (Eldridge, 1983). Sportbaserings kan tydelik, of soms permanent, hierdie ware of verbeelde identiteitsbevestigende rolle versteur. Baserings kan ook die wederkerige ondersteunende rolle vir mans of vrouens of die onmiddellike geleentheid vir emosionele katarsis en stresvermindering elimineer (Eldridge, 1983). Baserings gee dikwels aanleiding tot emosionele frustrasie, neurotiese konflik, depressie en vrees betreffende onbekragtigde ideale selfbeelde wat moontlik nie gewens by die werk, gesin of in ander sosiale situasies is nie. Volgens Eldridge (1983) is hierdie hindernis tot aangeleerde emosionele aanpassing, soos veroorsaak deur verminderde sportverwante gedrag, spesifiek pynlik vir:

- Individue met beperkte selfkonsepte wat verbandhou met premature en oordrewe sosialisering in sportrolle.
- Persone wat faal in ander lewenstake.
- Persone wie se swak selfkonsepte van gefantaseerde sportsukses, of van ondersteuning vir vereerde prestasie afhanklik is.
- Persone met persoonlikheidstipes wat werks-, ambisie-, mededingend- en suksesgeoriënteer is.

2.3.1 Narsissisme in volwasse sport

Om die spesifieke impak van ortopediese beserings op die aktiewe sportpersoon in berekening te bring, moet die belangrikheid van liggaamsbeeld verstaan word. Die samelewing fokus op die jeug en leer adolessente die waarde van belangrike fisieke veranderinge in terme van fisieke skoonheid, seksuele begeerlikheid, en gepaardgaande persoonlike en sosiale toereikendheid. Hierdie aangeleerde sosiale waardes word behou en tydens volwassenheid versterk. Oordrewe selfliefde of plesiersverskaffende belangstelling (narsissisme) met die liggaam se kontoere, spierontwikkeling, gladheid, gekoördineerde bewegings en kleuring, beïnvloed die volwasse liggaamsego. Tydens kompetisie moet die volwasse liggaamsego versterk word, of gebruik word om die ideale fisieke beeld te verbeter. Volgens Eldridge (1983) kan ortopediese beserings deur volwassenes opgedoen daarom die soeke vir 'n bevredigende beeld ten opsigte van die self op die volgende maniere ernstig bedreig:

- Ortopediese beserings gaan dikwels met littekens gepaard wat indruis teen die geïdealiseerde liggaamsaantreklikheid, soos ontwikkel tydens adolessensie, wat die delikaat gebalanseerde selfsteem uitdaag.
- Ortopediese besering perk dikwels die harmonieuse, genoegsame, produktiewe fisieke prestering in en meng so met die jeugdige selfkonsepte van fisieke energie in. 'n Liggaamsvreemdheid wat moontlik adolessente konflik rakende fisieke voorkoms

en verandering kan heraktiveer, mag ontstaan.

- Permanente veranderinge of swakhede as gevolg van verskeie ortopediese beserings kan die verskille tussen die huidige, agtergelate of verwagte “selwe” uitlig. Dit gee aanleiding tot dissonansie en angstigheid, gereelde fantasering van verwagtinge van totale fisieke en persoonlike ontoereikendheid, of irrasionele vrese van hulpelose afhanklikheid.

'n Kwesbare volwasse ego of onseker persoonlikheid sal in enige van die bogenoemde situasies sukkel om plaasvervangers te kry vir die sielkundige behoeftebevrediging van narsissistiese behoeftes. Indien alternatiewe aktiwiteite nie beskikbaar is om tasbare belonings te verskaf nie, sal die persoonlikheid intern self-effektiwiteit moet waarneem of homself deur realiteitsdistorsie of ontkenning van behoeftes moet verdedig. Onaktiwiteit weens sportbeserings kan resulteer in sosiale afwykings en kan die sosiaal gesanksioneerde poorte bedreig wat versekerde persoonlike verhoudings onderhou (Eldridge, 1983).

2.3.2 Volwasse aktiwiteit en aanpassing tot die middeljare

Die algemene gevoel is dat gesonde volwasse aanpassing fisieke stimulasie, matige opwindning, geringe inspanning soos gegenereer deur gereelde sportdeelname, energieke rekreasie, of sport benodig. Die selfrespek en trots wat spruit uit fisieke aansporing, persoonlike persepsies van gesondheid en lewenskrag, lewensbevrediging deur die omgewing te betrek, en beloning van moeisame arbeid en verantwoordelikheid, help in die stryd teen die verouderingsproses en dra tot tevrede lewens by (Eldridge, 1983).

Normale frustrasies met die veranderende fisieke vermoëns en aantreklikheid, tesame met veranderende lewensrolle, kan egter deur ortopediese beserings en ouderdomsverwante siektes vererger word. Die proses simboliseer die afname in persoonlike en sosiale toereikendheid. Die verwydering van piek ervarings van holisties fisieke, geestelike en emosionele funksionering verminder die gewenste geleentheid om die mites rondom die

verouderingsproses te verdryf en om stimulasie van energieke rolprestering te ontvang (Eldridge, 1983).

Daar bestaan 'n sterk verband tussen liggaamsbeweging en psigiese lewe. Al die probleme wat verbind is met die verandering van plek (beweging en aktiwiteit) eis van die siel dat dit 'n vooruitskouing doen, ervarings versamel, en 'n geheue ontwikkel sodat die organisme die lewe beter kan baasraak. Ons kan bepaal dat die ontwikkeling van die psigiese lewe met beweging verbind is en dat die evolusie en progressie van al die dinge wat deur die siel bereik word, deur vrye beweegbaarheid deur die organisme gekondisioneer is (Eldridge, 1983).

Die navorsingsmetode wat gevolg is, is sterk geskoei op bogenoemde teorie. Die leser word aangeraai om die resultate dan ook binne die bespreekte teoretiese raamwerk te verstaan.

Vervolgens gaan Andersen en Williams (1988) se model van stres en beserings bespreek word. Die model is verder uitgebrei waar nodig.

2.4 Andersen en Williams (1988) se stres- en sportbeseringsmodel

2.4.1 Voorspellers van beserings

Die model van Andersen en Williams (1988) identifiseer verskillende veranderlikes wat sportbeserings moontlik kan voorspel. Die gekombineerde effek van die volgende veranderlikes blyk belangrik in die voorspelling van beserings te wees (Bergandi, 1985; Nideffer, 1989; Yaffe, 1983):

- Tipe sport (hoë risiko, intensiewe sportdeelname, kontak)
- Demografiese veranderlikes soos geslag en ouderdom
- Vlak van mededinging
- Ervaring in sport

- Fase van sportdeelname en/of kompeterende siklus
- Sosiale ondersteuning (soos afrigter, span, gesin)
- Gebruik van farmakologiese middels (soos steroïedes)
- Afrigtingstyl
- Teenwoordigheid van lewensstressors
- Vorige geskiedenis van beserings
- Tipe besering
- Sportpersoon se fisieke grootte
- Speler se krag
- Vlak van kondisionering
- Persoonlikheidseienskappe
- Toerusting
- Speloppervlak

Bioritmekaarte toon geen korrelasie met beserings nie (Warren & Lanning, 1982).

Onderskeid moet getref word tussen die volgende tipe beserings wanneer bogenoemde faktore ondersoek word:

- Oorgebruikbeserings
- Meer akute traumatiese beserings
- Hoë risiko nie-kontak sportsoorte soos duik, valskerm spring en gimnastiek
- Kontak sportsoorte soos boks, rugby en hokkie
- Lae risiko nie-kontak sportsoorte soos sokker, vlugbal en netbal (Nideffer, 1989)

2.4.2 Onderliggende meganismes

Die model van Andersen en Williams (1988) maak ook voorstelle ten opsigte van moontlike meganismes onderliggend aan die stres- en beseringsverhouding en stel spesifieke intervensies vir die vermindering van beseringsrisiko voor. Wanneer sportlui binne

'n stresvolle situasie soos intensiewe sportdeelname of 'n belangrike kompeterende situasie geplaas word, sal hul geskiedenis ten opsigte van stressors, hul persoonlikheidseienskappe en hanteringsvaardighede interaktief tot die stresrespons bydra. Dit is die intensiteit van die resulterende stresrespons wat die sportpersoon blootstel aan 'n verhoogde beseringsrisiko.

Die model is gebaseer op die aanname dat twee van die basiese meganismes ten opsigte van die stres- en beseringsverhouding die volgende is (Andersen & Williams, 1988):

- 'n verhoging in die algemene spierspanning
- 'n afname in konsentrasie gedurende stres

Die sentrale hipotese is dat sportlui met hoë stres wat oor persoonlikheidseienskappe beskik wat neig om die stresrespons te verhoog en wat oor min hanteringsvaardighede beskik, stressituasies meer stresvol kan ervaar. Dié persone sal dan ook meer met spierspanning en konsentrasie-ontwrigtings presenteer. Die eindresultaat is dat hierdie individue 'n groter risiko vir besering loop in vergelyking met individue met 'n teenoorgestelde profiel (Andersen & Williams, 1988).

2.4.3 Die stresrespons

Daar bestaan 'n tweerigtingsverband tussen die persoon se kognitiewe evaluering van 'n potensieel stresvolle eksterne situasie en die fisiologiese en konsentrasie aspekte van stres (Andersen & Williams, 1988).

2.4.3.1 Kognitiewe evaluering

Die individu maak 'n evaluasie van die eise van die situasie, asook van sy/haar vermoë om hierdie eise te hanteer. Dit is onbelangrik of die kognitiewe evaluering akkuraat of onakkuraat as gevolg van irrasionele gedagtes of ander foutiewe gedagtepatrone is. As die sportpersoon sy/haar bronne as ongenoegsaam beskou om die eise van die situasie te

hanteer, maar dit wel belangrik is dat hy/sy suksesvol moet wees, sal die stresrespons geaktiveer word en tot hoër-staatsangs lei (Andersen & Williams, 1988).

Die staatsangs sal in fisiologiese en konsentrasie-tekortkominge manifesteer. Die gelyktydige sametrekking van antagonistiese spiergroepe is 'n algemene respons op stressors. Hierdie algemene spierspanning kan tot moegheid, 'n afname in soepelheid, verswakking in motoriese koördinasie, asook in spiereffektiwiteit lei. Die sportpersoon se aandagspan vernou en hy/sy vind dit moeilik om die situasie te analiseer. Inligting word oneffektief hanteer en besluite word nie rasonneel gemaak nie (Andersen & Williams, 1988).

2.4.3.2 Geskiedenis van stressors

Die meeste beserings word toegeskryf aan swak of verkeerde tegniek, foutiewe of verkeerde oefenapparaat en hoë oefenvereistes (Nideffer, 1989). Kerr en Minden (1988) het gemeld dat 12% van vroue-gimnaste in hul studie hul beserings aan swak konsentrasie, en 90% aan moegheid toegeskryf het. Die navorsers het ook bevind dat 27% van die beserings by elite gimnaste juis gedurende die finale week voor kompetisies voorgekom het, in teenstelling met die 15% beserings in die vier voorafgaande weke. Stresvolle lewensgebeure het 'n betekenisvolle verband met die aantal en ernstigheidsgraad van beserings geopenbaar. Dié navorsers het tot die gevolgtrekking gekom dat swak tegniek en moegheid dikwels die gevolg van kompeterende druk is en die onvermoë om die emosionele, fisiologiese en perseptuele veranderinge wat tydens hierdie fase voorkom, te hanteer.

Cryan en Alles (1983) het gevind dat kollege voetbalspelers wat 'n hoë mate van lewenstres ervaar, 'n groter risiko loop om beserings op te doen as dié met min lewenstres. Die groep met meer stres blyk ook meer veelvoudige beserings as die ander op te doen. Spelers met meer stres neig egter nie om beserings van 'n ernstiger graad as die ander groep op te doen nie. Blackwell en McCullagh (1990) het in 'n studie met beseerde versus nie-beseerde voetbalspelers gevind dat die beseerdes hoër ten opsigte van

lebensstresfaktore getoets het. Die beseerde spelers het ook hoër met betrekking tot kompetende angst en laer ten opsigte van hanteringsbronne getoets.

'n Tekort in vorige stres-beseringstudies was dat slegs groot stresvolle gebeurtenisse in ag geneem is. Stres kan egter ook voortspruit uit alledaagse gebeure, daaglikse irritasies, lewensgebeure, vorige beserings, swak weer, swaar verkeer, kosvoorbereiding en nie-uitdagende werk (Andersen & Williams, 1988). Kanner, Coyne, Schaefer en Lazarus (1981) toon aan dat alledaagse probleme en nie slegs intense lewensveranderende stressors nie, 'n korrelasie met die voorkoms van beserings het.

Die vorige beseringsgeskiedenis van 'n individu mag ook 'n belangrike uitdaging ten opsigte van die assessering van beseringsrisiko stel. Die sportpersoon mag terugkeer tot die spel alvorens hy/sy fisiek heeltemal herstel het. Hy/sy kan egter fisiek, maar nie sielkundig gereed wees om terug te keer na sportdeelname nie. In albei die gevalle kan 'n vrees vir herbesering tot redelike stres lei en dus so die moontlikheid van herbesering verhoog (Andersen & Williams, 1988).

Rider en Hicks (1995) het in 'n studie met vroulike hoërskool basketbalspelers gevind dat in teenstelling met die aanname dat die getal dae gemis as gevolg van beserings 'n beduidende verband met lewensstres toon, dit nie die geval is nie. Die meting van die beserings het negatief met beide die hanteringsvaardighede en die sosiale ondersteuningsveranderlikes gekorreleer. Die korrelasie was egter statisties onbeduidend. Hulle het ook aangetoon dat die bevindinge moontlik tussen hoërskool, naskoolse sport en provinsiale deelname kan verskil.

Bramwell, Masuda, Wagner en Holmes (1975) het 'n interessante verduideliking oor waarom stres moontlik 'n sportpersoon tot beserings kan predisponer. Hulle stel voor dat die effek van lewensverandering moontlik konsentrasie kan beïnvloed en so omgewingswenke wat belangrik is, blokkeer wanneer probleme ondervind en/of potensieel gevaarlike situasies beleef word.

Al die benaderings ten opsigte van die verstaan van beserings beklemtoon dat situasionele stres beide die fisiologiese prosesse (byvoorbeeld spierspanning, harttempo, asemhalingstempo) en sielkundige prosesse (byvoorbeeld konsentrasievaardighede, inligtingsprosessering en interpersoonlike buigsaamheid) affekteer. Daar word ook geglo dat indien daar swak passing tussen die taakvereistes en die sportpersoon se fisiologiese en/of sielkundige staat voorkom, of dit verbandhou met 'n onderontwikkelde vaardigheid, of tekorte as gevolg van situasionele stres, 'n sportpersoon tot beserings gepredisponeer kan word (Nideffer, 1989).

Daar bestaan 'n sterk verband tussen lewenstres en beserings, veral ten opsigte van kontaktsportsoorte en hoë-risikosportsoorte soos gimnastiek. Dit blyk dat die verband tussen lewenstres en beserings ten opsigte van nie-kontaktsportsoorte soos vlugbal en basketbal, asook uithousportsoorte nie so beduidend is nie (Nideffer, 1989).

Uit 'n studie gedoen deur Passer en Seese (1983) is bevind dat slegs negatiewe lewenstres met beserings korreleer. Positiewe stres, soos bevorderings, blyk om nie met beserings te korreleer nie. May, Veach, Reed en Griffey (1985) het gevind dat lewenstres-gebeure nie slegs met beserings korreleer nie, maar ook met die hersteltyd. Die lewenstres-beseringsverband blyk sport- en situasiespesifiek te wees. Petrie (1993) het gevind dat sportlui wat aanvanklik vir 'n span gekies word, (speelstatus = positiewe lewenstres), meer neig om beserings op te doen. Volgens die resultate van Hanson, McCullagh en Tonymon (1992) se studie ten opsigte van baan- en veldsportlui, toon negatiewe lewenstres 'n lineêre verband met die ernstigheidsgraad van beserings. Meer negatiewe lewenstres lei tot ernstiger beserings. Positiewe lewenstres het egter verband gehou met 'n hoër voorkoms van beserings.

Gestruktureerde onderhoude, so gou moontlik na die besering, sal data ten opsigte van die oorsaak of rede waarom die besering op die spesifieke tydstip plaasgevind het, kan verskaf. Die onderhoudsdata sal bepalend vir die ontwikkeling van beseringsvoorkomingsprogramme wees (Nideffer, 1989).

'n Deeglike bepaling van lewensgebeure, daaglikse probleme en vorige beserings sal 'n navorser 'n goeie aanduiding gee van hoe groot die risiko van besering is en watter faktore, of kombinasie van faktore, binne die stresprofiel die beste aanduiders van beserings is.

2.4.3.3 Persoonlikheidsfaktore

Sekere persoonlikheidseienskappe kan daartoe lei dat sommige individue minder situasies en gebeure as stresvol ervaar en kan individue predisponeer om minder vatbaar vir die effek van stressors te wees (Andersen & Williams, 1988). Ogilvie (1966) stel voor dat sportlui met 'n beseringsgeneigdheid in drie groepe ingedeel kan word, naamlik:

- Sportlui wat gereeld beseer raak
- Sportlui wat gereeld van pyn kla, al is geen besering aanwesig nie
- Dié wat beserings doelbewus namaak.

Eysenck (1967) het twee dimensies geïdentifiseer waarvolgens die persoonlikheid van individue kan verskil, naamlik:

- Ekstroversie - Introversie
- Neurotisisme - Stabiliteit.

Sanderson (1978) meld dat ekstroversie dikwels by sportlui opgemerk word en dat hulle tipies sosiaal, uitgaande, veranderlik, impulsief, assertief, fisiek aktief en optimisties voorkom. Tipiese introverte kom weer terughoudend voor, is versigtig, reflektief van aard, asook betroubaar en pessimisties.

Eysenck (1967) het voorgestel dat kortikale inhibisie hoër by ekstroverte is en dat dit tot minder sensitiwiteit, asook swakker vermoëns om roetine take te doen, aanleiding gee. Die geneigdheid tot onsensitiwiteit beteken dat hulle 'n sterk senuweestelsel het en dat

die poging om die kortikale inhibisie te verminder tot soeke na opwindning aanleiding gee. Ekstroverte openbaar ook hoër pyndrumpels.

Twee ekstreme persoonlikhede wat tot verskillende reaksies op beserings lei, word dus geïdentifiseer. Die ekstrovert sal neig om weens sy/haar onsensitiwiteit vir pyn en soeke na opwindning rusteloos te wees en sal graag na sport wil terugkeer. Hy/sy kan moontlik met die roetinetake en dissipline verwant aan die rehabilitasieproses sukkel. Die introvert behoort sielkundig dieper deur die besering geraak te word. Aanmoediging en gerusstelling moet tydens rehabilitasie aan die individu gebied word. Die verskil tussen die twee persoonlikhede kan goed geïllustreer word deur die tipe vraag wat die onderskeie persoonlikhede na verskeie sportbeserings sal vra. Die ekstrovert sal vra: “Wanneer kan ek weer speel?” Die introvert sal vra: “Kan ek weer speel?” (Sanderson, 1978).

Met inagneming van die ander dimensies van Eysenck (1967) se teorie, sal persone wat hoog toets vir neurotisme neig om angstig, gespanne, depressief en humeurig te wees. Hulle sal neig om neurotiese afbreke te ervaar wanneer stres aanwesig is. In teenstelling hiermee neig stabiele persone om kalm en emosioneel betroubaar te wees. Beide die stabiele ekstrovert en stabiele introvert sal die minste probleme ervaar wanneer hulle stressituasies beleef (Sanderson, 1978).

Eysenck (1963) meld dat 'n geneigdheid tot angstigheid meer met introversie geassosieer word. Die neurose word na binne gerig. Die neurotiese introvert sal dus neig om beseringstrauma te vergroot.

Sanderson (1977) is van mening dat al hierdie tipes gedrag dikwels die resultaat van konflik en angstigheid binne die spesifieke sportpersoon is. Hy stel voor dat daar sekere gedragsbeskrywings ten opsigte van die verskillende tipes van beseringsgeneigde sportlui mag bestaan. Hy meld dat 'n stresgeneigde sportpersoon deur 'n verlies aan vorm en negatiewe denke geïdentifiseer kan word. Die negatiewe denke kan onderliggend verskeie vorme van vrese of fobies hê, onder andere:

- Beserings as gevolg van teenfobie

Die persoon neig om die aggressie-belaaide atmosfeer van kompeterende sport as angs-veroorsakend te beleef. Hy/sy poog om die angs teë te gaan deur die dit tromp-op te loop, deur oort aggressief en vreesloos te handel (Sanderson, 1977).

- **Beserings as 'n teken van manlikheid**

Die persoon gebruik beserings as 'n bewys van sy moed en manlikheid. 'n Tekort aan werklike selfvertroue is aanwesig en die persoon benodig die sigbare tekens van sy besering om sy manlikheid te bevestig. Die persoon neem die rol van 'n martelaar in deur aan te hou speel ten spyte van sy besering. Volgens Sanderson (1977) word die opoffering gewoonlik vergesel deur duidelike tekens van ongemak en pyn. Laasgenoemde het 'n tweeledige funksie:

- **Bewondering van moedigheid deur ander**

Dit verskaf terselfdertyd 'n ekskuus indien hy swak presteer.

- **Beserings as gevolg van masochisme**

Die persoon het 'n masochistiese neiging wat die resultaat van na-binne gekeerde vyandigheid is. Bevrediging word dan deur beserings verkry. Die vyandigheid kan voortspruit uit 'n onvermoë om onrealistiese hoë standaarde te bereik, of dit kan dien as straf as gevolg van 'n besering wat aan 'n ander veroorsaak is (Sanderson, 1977).

- **Beserings as wapen**

Die persoon gebruik beserings as 'n meganisme om ander op 'n indirekte wyse te straf. 'n Voorbeeld is wanneer 'n kind wat deur sy/haar vader gedwing word om aan sport deel te neem, beseer raak. Sy/haar besering kan daartoe lei dat die vader meer gefrustreerd raak, of dat die vader skuldig begin voel omdat hy druk op sy kind plaas. Die kind kan sodoende onwelkome kompetisie vermy (Sanderson, 1977).

- **Beserings as 'n ontvlugting**

Sommige sportlui vrees kompetisie tot so 'n mate dat dit nodig is om beseer te raak. Die individu het gewoonlik sterk gevoelens van minderwaardigheid. Hy/sy is nie in staat om ander van sy/haar besluit om sport te los te verwittig nie, omrede hy/sy te bang vir isolasie of afkeer is. So kan 'n beseringsryke lewe dus die illusie van 'n sportpersoon met onvervulde potensiaal as sportman ondersteun (Sanderson, 1977).

- **Psigosomatiese beserings**

Die sportpersoon kla gereeld van beserings, terwyl geen fisieke oorsaak gevind kan word nie (Sanderson, 1977).

- **Skynbeserings**

Die sportpersoon se beserings kan nie fisies geïdentifiseer word nie. Deur die beserings te fabriseer poog die sportpersoon om sy/haar eie agenda te laat geld (Sanderson, 1977).

'n Generiese siekte-geneigdheidspersoonlikheid wat depressie, vyandigheid en angsluit (koronêre hartsiektes uitgesluit), bestaan wel. 'n Spesifieke persoonlikheidstrek vir 'n spesifieke siekte blyk nie te bestaan nie. Daar blyk egter wel 'n siekte-geneigdheidspersoonlikheid te wees (Friedman & Booth-Kewley, 1987). Studies toon aan dat menslike siektes wel volg na verliese wat ervaar is (Engel, 1967). Baie persone ervaar egter lewensveranderinge, maar raak nie siek nie. Die effek van 'n stressor kan beëindig word deur toepaslike hanteringsvaardighede (Cohen & Lazarus, 1983).

Jackson, Jarret, Bailey, Kausek, Swanson en Powell (1978) het ten opsigte van voetbal- en sokkerspelers gevind dat faktor I (gehardheid versus teerhartigheid) van Cattell se 16PF-persoonlikheidsvraelys, betekenisvol tussen beseerde en nie-beseerde spelers kon onderskei. Teerhartige, sensitiewe spelers neig om meer beseer te raak. Faktor A van die 16 PF (terughoudendheid versus hartlikheid) kon die ernstigheidsgraad van beseringsbeduidend voorspel. Meer terughoudende spelers neig om meer ernstige beserings op te

doen. Die 16 PF-persoonlikheidsvraelys het dus 'n mate van voorspellingspotensiaal ten opsigte van beserings.

Angs, gekombineer met die interaksie tussen prestasie-eise en konsentrasievermoëns, kan die moontlikheid van beserings verhoog of verminder (Nideffer, 1981).

Lavarda (1975) het gevind dat beseerde sportlui soms neig om 'n meer positiewe self-konsep te hê. Die verduideliking is dat die meer selfversekerde sportlui moontlik meer addisionele risiko's neem en hulself so in situasies plaas waar 'n groter risiko vir die opdoen van beserings bestaan. Karaktertrekke van impulsiwiteit, aggressie en skuldgevoelens hou moontlik ook verband met die voorkoms van beserings, ongeag van die sportaktiwiteit.

Daar word ook vermoed dat sensasiesoeke stres verlaag. Hierdie persone geniet snaakse of ongewone gebeurtenisse en hou van risiko's neem. Hulle gee nie om vir verandering nie, vermy nie situasies waarmee hulle onbekend is nie en bly ook nie weg van gevaarlike aktiwiteite nie. Sensasiesoekers binne sport mag minder beserings ervaar, omdat hulle die gebeure en daaglikse probleme van sportlui beter kan hanteer en omdat hulle nie sulke gebeurtenisse as stresvol beskou nie (Andersen & Williams, 1988).

Prestasie-motivering spreek beide die behoefte om suksesvol te wees en die behoefte om mislukking te vermy, aan. Trek-angs dui op 'n neiging om situasies as bedreigend te ervaar en om met 'n angsrespons te reageer. Individue met 'n sterk behoefte om mislukking te vermy, of wat hoë trek-angs ervaar, neig om meer situasies as stresvol te ervaar in vergelyking met individue met die teenoorgestelde profiel (Andersen & Williams, 1988).

2.4.3.3.1 Gehardheid

'n Persoonlikheidstrek van gehardheid bestaan uit 'n samestelling van eienskappe soos nuuskierigheid, bereidheid om te verbind tot, om verandering as 'n uitdaging te beskou en 'n gevoel van beheer oor die lewe. Gehardheid neig om stres te verlaag en verminder

die effek van stresvolle lewensgebeure, soos die produsering van siekteverwante simptome (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982). Individue met hoë lewenstres wat beskik oor sterk gehardheidseienskappe, of wat 'n meer interne lokus van kontrole het, ervaar minder gesondheidsprobleme as individue met hoë lewenstres wat geen van hierdie persoonlikheidseienskappe openbaar nie (Andersen & Williams, 1988).

Gehardheid het sy grootste gesondheidspreserveringseffek wanneer stresvolle lewensverandering plaasvind. Die eienskap dien as 'n weerstandsbuffer teen die effek van stresvolle gebeurtenisse. Laasgenoemde is meer tyd gebonde en is nie vir so lank aanwesig nie. Dié persoonlikheidseienskappe neig ook om redelik stabiel te bly. Positiewe gesondheidsgedrag soos sportdeelname, genoeg rus, matige kos- en substansinname kan tot 'n mate die funksie van 'n konstitusionele predisposisie vertolk. Geharde persone kan as gevolg van hul dissipline en realistiese benadering dus beter by gesonde lewenstyle aanpas (Kobasa *et al.*, 1982).

Sosiale ondersteuning blyk ook om meer effektief te wees in die handhawing van gesondheid wanneer gehardheid hoog is. Gehardheid beïnvloed miskien die mate en die manier waartoe sosiale ondersteuning gebruik word in die beheer van stresvolle gebeurtenisse (Kobasa *et al.*, 1982). Wanneer 'n persoon gekonfronteer word met stresvolle gebeurtenisse kan die geharde persoon sekere mense en instellings uitsoek wat hom kan help om die stresvolheid te verminder. Mense met 'n swak gehardheid kan sosiale ondersteuning uitsoek wat hul aandag van die stresvolle gebeurtenis probeer aflei, of wat niks-seggende versekering verskaf (Kobasa *et al.*, 1982).

Volgens eksistensiële persoonlikheidsteorieë ontwikkel mense sterk geneigdhede tot verbintenis, beheer en uitdaging as hul reeds vroeg in hulle lewe 'n mate van verskillende ervarings gehad het. Die stimulasie en ondersteuning vir die inoefen van kognitiewe vermoëns soos simbolisering, verbeelding, oordeelsvermoë, goedkeuring en bewondering vir dit wat hulleself doen, asook rolmodelle wat gehardheid steun, word deur hul eie funksionering openbaar (Kobasa *et al.*, 1982).

Daar bestaan nie werklike navorsingsdata om die beskouing dat daar beserings-geneigde sportpersone is en die beskouing dat sekere persoonlike, interpersoonlike en/of kognitiewe eienskappe goeie beseringsvoorspellers is, te ondersteun nie (Nideffer, 1989). Dit blyk egter dat persoonlikheidseienskappe soos gehardheid en optimisme in die verstaan van beserings verder ondersoek moet word.

2.4.3.4 Hanteringsbronne

Hanteringsbronne bestaan uit 'n wye verskeidenheid gedrags- en sosiale netwerke wat die individu help om probleme, teleurstellings, die stres van die lewe, asook die geluk daarvan te verwerk. Die bronne kan omgewings-gebaseer wees soos sosiale ondersteuning, of kan persoonlike bronne soos emosionele kontrole en goeie dieet wees. Die algemene hanteringsgedrag uit die model sluit gedrag in soos slaappatroon, eetgewoontes en die opsy-sit van tyd vir jouself. 'n Gebrek aan hierdie algemene hanteringsgedrag kan maklik tot hoë stres lei en dus die risiko van beserings verhoog (Andersen & Williams, 1988).

Sosiale ondersteuning verwys na die teenwoordigheid van ander wat die sportpersoon na waarde skat. Dit is mense wat hulle versorg en op wie hulle kan staatmaak. Volgens die literatuur voel individue meer in staat om stres te hanteer as hulle glo dat hulle deel van 'n ondersteunende netwerk van belangrike ander persone is. Die teenwoordigheid van 'n ondersteunende sosiale netwerk, soos familie, vriende, spanmaats en afrigter kan die individu dus help teen beserings of kan die effek van lewensgebeure, daaglikse probleme en persoonlikheidstrekke verminder (Andersen & Williams, 1988). Volgens Smith, Smoll en Ptacek (1990) is sosiale ondersteuning en sielkundige hanteringsvaardighede onafhanklike psigososiale bronne wat saamwerk om die verband tussen lewenstres en beserings by adolessente te beïnvloed. Die genoemde faktore het, apart beskou, geen duidelike invloed op die beseringstres verhouding gehad nie.

Medikasie, self verkies of voorgeskryf, dien ook as hanteringsbron. Baie van hierdie substansie beïnvloed kognitiewe persepsie, asook die fisiologie en kan so die stresrespons

en beseringsmoontlikheid affekteer. Die genoemde lys van hanteringsveranderlikes wat die effek van stressors beïnvloed, is onvolledig. Daar word vermoed dat twee groepe intervensies die stresrespons sal beïnvloed deurdat die kognitiewe evaluering of die fisiologiese/konsentrasie aspekte aangespreek word. Tegniese wat vertrou en 'n gevoel van behoort, asook destruktiewe gedagtepatrone wat stres veroorsaak verander, word gebruik (Andersen & Williams, 1988).

2.4.3.4.1 Sielkundige intervensie

Oefenkundiges onderskei tussen sportlui wat beserings suksesvol hanteer op grond van die volgende karaktereenskappe: die bereidwilligheid om te luister, positiewe houding, intrinsieke motivering en die bereidheid om te leer aangaande die besering en die rehabilitasie-tegniese (Wiese, Weiss & Yukelson, 1991). Effektiewe sielkundige tegnieke wat herstel fassiliteer, omvat die volgende: goeie interpersoonlike kommunikasie-vaardighede, positiewe versterking, die ondersteuning van die afrigter en die betrokkenheid van die sportpersoon. Kennis van die gebruik van 'n positiewe kommunikasiestyl, strategieë om realistiese doelwitte te stel, metodes om positiewe selfspraak te bevorder en die verstaan van individuele motivering word as belangrik beskou.

Die resultate van Wiese *et al.* (1991) se navorsing toon aan dat oefenkundiges glo dat sielkundige vaardighede en strategieë belangrike onderdele van beseringsrehabilitasie-programme is. Verder het ook geblyk dat oefenkundiges opleiding in eersgenoemde strategieë benodig om die belangrikheid daarvan te verstaan. Die resultate toon verder dat 'n sportmediese spanbenadering tot rehabilitasie nodig is. Dit is belangrik dat oefenkundiges die sielkundige intervensies verstaan. Hulle moet ook weet hoe sielkundige intervensies gebruik word en moet die werk van die sielkundige kan aanhelp. Genoegsame tyd moet spandeer word in 'n poging om die motivering vir sportdeelname te verstaan. Individuele motivering kan beter verstaan word deur aandag te gee aan gevoelens rakende terugkeer na kompetisie.

Die effektiwiteit van sielkundige tegnieke in die rehabilitasie van beseerde sportlui moet verder ondersoek word ten opsigte van die sportlui se ouderdom, vaardigheid en graad van besering. Die sielkundige strategieë wat gebruik word by die rehabilitasie van hoërskool-sportlui mag dus verskil van die strategieë wat toegepas word op volwassenes wat op senior nasionale vlak deelneem.

Smith, Scott en Wiese (1990) stel voor dat sielkundige vaardighede en strategieë die beste geselekteer kan word op grond van 'n ondersoek na die spesifieke kognitiewe en emosionele response op beserings. Die behandeling van die totale sportpersoon word gepropageer. Die individualisering van sielkundige rehabilitasieprogramme word ook aanbeveel. 'n Sportpersoon wat 'n ernstige kniebesering opgedoen het mag 'n hoë vlak van spanning of angs as resultaat openbaar. Sy/haar oefenprogram moet beide 'n algemene program van kondisionering insluit om algemene fiksheid te onderhou, asook 'n spesifiek ontwerpte knie-rehabilitasieprogram. 'n Algemene sielkundige gesondheidsprogram, asook 'n spesifieke program moet saamgestel word om die sportpersoon te help met die kontrole van sy/haar emosies, gedagtes en ervaring van pyn.

Wiese en Weiss (1987) beveel aan dat kommunikasievaardighede (wat om vir die beseerde te sê en hoe om dit te doen), asook motiveringstegnieke soos doelwitstelling, ontspanning en beelding, positiewe selfspraak en sosiale ondersteuning in die gesondheidsprogram geïmplementeer word.

Tegnieke vir die verbetering van die afrigter-sportpersoon kommunikasie kan ingesluit word. 'n Afrigter kommunikeer goed met 'n sportpersoon deur hom/haar te laat weet wat sy/haar vermoë en potensiaal is. Dit kan daartoe lei dat die sportpersoon se eie evaluasie van die eise en bronne van die situasie meer realisties is. 'n Laer kognitiewe respons mag dan die resultaat wees van beter afrigter-sportpersoon kommunikasie (Andersen & Williams, 1988).

Intervensies ten opsigte van konsentrasie en die fisiologiese aspekte van die stresrespons, is gefokus op die vermindering van opwekking en die verhoging van konsentrasie.

Progressiewe ontspanning, meditasie en asemhalingsoefeninge word gebruik om die opwekkingsvlakke te verlaag. Konsentrasie-oefeninge kan tot verminderde aandagafleibaarheid lei en kan help om die sportpersoon op die taak te laat fokus. Al die intervensies is gefokus op die vermindering van die stresrespons, al behels dit die verandering van kognisies, die vermindering van fisiologiese opwekking en sodoende 'n vermindering in die voorkoms van beserings (Andersen & Williams, 1988).

Die herstelperiode van 'n beseringstrauma vir die individuele sportpersoon, sal varieer en grootliks deur die volgende veranderlikes beïnvloed word (Nideffer, 1989):

- emosionele stabiliteit van die individu
- belangrikheid van die besering ten opsigte van sy/haar sportloopbaan-beplanning
- die graad van die besering
- die reaksie van belangrike ander persone.

Terapeute moet kennis en ervaring van die volgende hê (Nideffer, 1989):

- Sielkundige evaluasie (toetse, gedragsobservasie en gestruktureerde onderhoude). Identifisering van onmiddellike behoeftes.
- Goed ontwikkelde kommunikasievaardighede (empatie betoon, ondersteuning en uitdagings te bied); sensitiwiteit vir die eise van die sportsoort, die toegewydheid van die sportpersoon; die druk wat die persoon van ander soos die afrigter, vriende en die gesin ervaar. Die terapeut moet empatie kan openbaar en pyn beleef; die balans kan handhaaf en weet wanneer om op te hou luister en wanneer om struktuur en rigting te verskaf.
- Moet kan saamwerk met belangrike persone, soos die afrigter, om bereikbare doelwitte te stel. Die sielkundige moet help om die omgewing so ondersteunend en aanmoedigend moontlik te maak. Die beseerde sportpersoon moet ook so gou moontlik weer by sy/haar sport betrokke raak (Nideffer, 1989).

- Verskillende tegnieke kan gebruik word om tydens elke stadium van rou, struktuur aan die individu te verskaf, sodat hy/sy 'n mate van beheer en rigting kan beleef. Hipnose, ontspanning, bioterugvoer en meditasie kan gebruik word om die ervaring van pyn te hanteer. Kognitiewe gedragsmodifikasie-prosedures kan gebruik word om negatiewe denke te verander. Beelding kan gebruik word om die verskillende fisieke en sielkundige aspekte van prestasie te oefen (Nideffer, 1989).

Druk wat op sportlui geplaas word, moet verminder word om werklik 'n groot impak op beserings te maak. Hul vermoë tot optimale prestasie op 'n fisiek en emosioneel gesonde manier moet egter nie belemmer word nie (Nideffer, 1989).

Die streshanteringstegnieke en sielkundige vaardighede wat 'n individu tot sy beskikking het, is ook tipes hanteringsbronne wat die respons op stres kan beïnvloed. Die sielkundige tegnieke is nie net hanteringsbronne nie, maar dien ook as intervensies in die hantering van stres (Andersen & Williams, 1988).

'n Deeglike kennisbasis (medies, fisies en psigies) is nodig om 'n beseerde sportpersoon optimaal te behandel. Fisieke en psigiese fiksheid het 'n bevrydende effek op 'n sportpersoon (Sanderson, 1977).

2.5 Reaksie op beserings

Sportlui ervaar 'n verskeidenheid kognitiewe, emosionele en gedragsresponse na die opdoen van sportbесerings (Eldridge, 1983; Wiese-Bjornstal & Smith, 1993). Hierdie reaksies kan op 'n kontinuum van geen verandering in psigiese staat tot ekstreme ongemak, soos selfmoordpogings, wissel. Verskeie mediese en aanverwante beroepe is betrokke onmiddellik na die opdoen van 'n besering tot en met volle herstel. Al die professionele persone betrokke by die herstelproses het tydens die herstelfase belangrike sielkundige rolle om te vertolk. Dit is daarom belangrik dat die hulpprofessies die psigososiale dinamika verstaan wat sportbесerings vergesel, asook die betekenis wat die besering vir die spesifieke sportpersoon inhou (Eldridge, 1983).

2.5.1 Die voorspellersmodel van die kognitiewe, emosionele en gedragsresponse van sportlui betreffende beserings en rehabilitasie

Sportbесerings is 'n unieke fenomeen. Wiese-Bjornstal en Smith (1993) het die voorbесeringsmodel van Andersen en Williams (1988) uitgebrei om die post-bесeringsfase in te sluit. Die stresmodel van response op бесerings soos voorgestel deur Wiese en Weiss (1987), asook voorspellers tot sportbесerings soos hanteringsbronne, beskikbare sosiale ondersteuning, geskiedenis van stressors en persoonlikheid is bygewerk. Die model word vervolgens bespreek.

Beseerde sportlui wat hoë lewenstres ervaar en wat oor gebrekkige hanteringsvaardighede beskik, maar wel hulp in die hantering van die бесering ontvang, sal heel waarskynlik nie met psigiese probleme presenteer nie (Smith *et al.*, 1990). Dit blyk dat die teenwoordigheid van voorbесeringstres en verswakte hanteringsvaardighede waarskynlik die post-bесeringsgemoedsteurnis kan vererger. Daar word gepoog om sekere psigososiale faktore te identifiseer wat die post-bесeringskognisies en -emosionele response, asook die faktore wat die sielkundige en fisieke herstel van бесerings kan beïnvloed (Wiese-Bjornstal & Smith, 1993).

Die kernaspekte van hierdie verlengde model hou verband met die mediasie rol van die graad van die бесering, sportspesifieke situasionele faktore, die interaksies met die sportmediese span, individuele verskille, asook die resulterende emosionele, kognitiewe en gedragsresponse van die sportpersoon (Wiese-Bjornstal & Smith, 1993).

Sielkundige intervensie kan dikwels toegepas word so gou as wat die бесering gediagnoseer, die prognose bepaal, gepaste mediese intervensie gereël en die kognitiewe en emosionele response bepaal is (Wiese-Bjornstal & Smith, 1993).

Bесerings word dikwels as verliese beskou. Die mens reageer oor die algemeen met hartseer wanneer hy/sy 'n waardevolle besitting of doelwit verloor het. Die term hartseer word vervolgens bespreek.

2.5.2 Hartseer

Volgens Rodgers en Cowles (1991) het min evolusie ten opsigte van die konsep van hartseer (*grief*) in hedendaagse navorsing plaasgevind. Die gevolg was dat kliniese literatuur meer beskrywend en nie-analities was en dat navorsers gepoog het om hartseer in terme van die emosionele, fisieke en sielkundige manifestasies te omskryf (Oltjenbruns, 1991). Hierdie benadering is as 'n regstreekse gevolg gehandhaaf, ook ten opsigte van beseeringsliteratuur (Evans & Hardy, 1995).

Verskeie definisies word vir hartseer in die literatuur gevind. Volgens Rodgers en Cowles (1991) word die konsep van hartseer voorafgegaan deur enige situasie waar daar 'n waargenome verlies is. 'n Verlies kan skeiding van enige gehegtheidsobjek wees wat kan wissel van 'n persoon, troeteldier, of fisieke objek van betekenis vir die individu, of waar daar verandering in die bevrediging van 'n abstrakte persoonlike behoefte is. Vir Lindemann (1944) is hartseer 'n normale reaksie op 'n smartlike situasie.

Karl (1987) omskryf hartseer as beide 'n ervaring van verlies, asook die herstel van die verlies. Deur hartseer as 'n proses in respons op, en as herstel van, verlies ten opsigte van beseerings te beskou, word geïmpliseer dat die beseerde sportpersoon sekere aksies kan neem om die hartseerproses te beïnvloed. Deur hartseer as 'n normale reaksie op 'n smartlike situasie te beskou en nie as iets disfunksioneel of patologies (soos aangedui deur die psigo-analitiese teorie) nie, is konsekwent met die konteks van beseerings. Hartseer kan wel binne die konteks van sportbeseerings as 'n emosionele respons op 'n waargenome verlies beskou word, maar kan beter as 'n proses gekenmerk deur gedrags- en sielkundige manifestasies gesien word (Evans & Hardy, 1995).

Verskeie pogings is aangewend om hartseer te konseptualiseer. Volgens Bowlby (1978) se gehegtheidsteorie word hartseer as 'n aanpassingsrespons op die verlies van 'n gehegtheidsobjek beskou. Hartseer hou verband met 'n situasie waarbinne 'n persoon nood as gevolg van 'n verlies ervaar en die hartseer tot 'n mate oortoeleef (Bowlby, 1991). Die gehegtheidsteorie beklemtoon dat daar slegs van 'n persoon verwag kan word om effek-

tief binne sy/haar omgewing van aanpasbaarheid te reageer. Die teorie verskaf 'n riglyn in die verstaan van die geneigdheid van mense om sterk gehegtheidsbande met mekaar te sluit. Die teorie help om die emosionele reaksie te verklaar wanneer hierdie bande bedreig of verbreek word. Situasies wat die onderhouding van gehegtheidsbande met gehegtheidsobjekte bedreig, veral wanneer die potensiaal vir verlies as groot waargeneem word, lei tot intense emosionele reaksies (Evans & Hardy, 1995).

Dit is belangrik om binne die raamwerk van die gehegtheidsteorie die self as 'n gehegtheidsobjek te beskou. Worden (1991) meld dat reaksies op beserings en ongeskiktheid moontlik deur die verlies aan die self en verlies aan identiteit, verstaan kan word. Worden (1980) het vier take van rou geïdentifiseer, naamlik:

- Die persoon wat die verlies ervaar moet die take afhandel. Hy/sy moet hard werk om van die verlies te herstel deur 'n aktiewe, eerder as 'n passiewe, rol in te neem deur emosioneel te beweeg tot aanvaarding van die verlies. Die realiteit van die taak moet eerstens aanvaar word. Die sportpersoon moet bewus raak van enige verdedigingsmeganismes wat hy/sy mag gebruik om die aanvaarding van die verlies te vermy. Die terapeut moet vrae vra om aan die sportpersoon te wys hoe belangrik die sport vir hom/haar was. Die implikasies van die verlies vir sy/haar lewe moet ook bespreek word. Enige diskrepansie tussen wat hy/sy sê moet uitgewys word. Sodra die verlies waargeneem word as die realiteit, volg die tweede taak.
- Die tweede taak behels die ervaring van die pyn of rou. Die terapeut kan herstel fassiliteer deur 'n persoon toe te laat om uitdrukking te gee aan al sy/haar gevoelens wat met die verlies verbind word. Dit is belangrik om die sportpersoon toe te laat om teen sy/haar eie tempo deur die gevoelens te werk. Individue verskil ten opsigte van die tyd wat benodig word vir die deurwerk van gevoelens. Dit kan belangrik wees om voortdurend die gevoelens van die verlies te valideer. Die normale ondersteuningsnetwerk (byvoorbeeld ouers, afrigter en spanmaats) van die beseerde sportpersoon verwag gewoonlik 'n vinniger herstel as wat eintlik plaasvind. Die genoemde ondersteuningsnetwerk kan daarom vir 'n geruime tyd nadat die besering

plaasgevind het, sukkel om te begryp hoekom die sportpersoon stil, kwaad of depressief is. Dit mag nodig wees om steeds die ervaring van verlies te valideer solank as wat dit vir die sportpersoon nodig is om sy gevoelens ten volle uit te druk.

- Die derde taak behels dat die persoon moet aanpas by die omgewing wat gekenmerk word deur die afwesigheid van verliesaktiwiteit, persoon of objek. Dit is belangrik om die sportpersoon se erkenning van die voordele wat hy/sy voor die verlies gehad het, te erken. Dit is dikwels die tendens om die verlies te rasionaliseer deur die belangrikheid van die verliesobjek te ontken of gering te skat. Deur navraag te doen oor wat die voordele van deelname aan die spesifieke sport was, kan dit tot 'n totale ontlooting lei van die pynlike gevoelens wat met die verlies verbind word. Die proses van opheldering van die voordele van die verliesobjek is spesifiek belangrik vir die vierde en laaste taak.
- Die vierde taak behels die onttrekking van emosionele energie en die herinvestering daarvan in ander aktiwiteite. 'n Sportpersoon wat bewus is van sy/haar vermoëns om 'n suksesvolle sportster te wees, kan nou sy/haar vermoëns (byvoorbeeld dissipline en doelgerigtheid) lys en hulle dan gebruik om 'n suksesvolle student of besigheidspersoon te wees. Baie ondersteuning en aanmoediging is nodig, omdat die persoon moontlik huiwerig is om weer emosioneel by 'n ander aktiwiteit betrokke te raak.

Individuele verskille ten opsigte van beseeringsreaksie moet akkommodeer word, so ook die omvangrykheid van die verlies, die duur van die verlies (tydelik of permanent) en ander situasionele faktore wat die tyd kan beïnvloed wat aan elkeen van die vier take spandeer is (Astle, 1986).

Die gehegtheidteorie verskaf 'n breë raamwerk waarbinne verliese as gevolg van beseerings verstaan kan word. Beseerings hou sekerlik 'n bedreiging ten opsigte van sekere belangrike gehegthede rakende liggaamlike funksionering, selfbeeld, selfesteem, die konteks van belangrike verhoudinge, en die basis vir baie vorme van versterking en selfbevreëdiging, in (Peretz, 1970).

2.5.2.1 Kliniese ondersoeke betreffende verlies en hartseer

Binne die kliniese literatuur hou verlies hoofsaaklik verband met rou oor 'n belangrike ander persoon of objek, waarvan die belangrikheid deur die individu se eie waardesisteem bepaal word. Verlies is 'n staat van deprivasie, om sonder iets te wees wat jy voorheen gehad het. Verlies verwys dus gelyktydig na 'n ware gebeurtenis en 'n simboliese gebeurtenis. Simbolies omdat dit die bedreiging en voorstelling van toekomstige verliese bevat (Peretz, 1970).

Sportlui word ook soos ander groepe aan verliese blootgestel. Hierdie verliese kan gereeld voorkom en baie vorms aanneem. Dikwels word die verliese nie erken nie en word die rouproses of geïgnoreer, of verkeerd deur die sportpersoon, afrigter en spanmaats verstaan. Die ervaring van verlies kan, indien dit onopgelos bly, die sportpersoon se prestasie beide op en van die speelveld ernstig affekteer (Astle, 1986).

Sportlui neig om sekere tipes verliese meer as ander groepe te ervaar. Peretz (1970) definieer 'n verlies as 'n staat van ontneming van, of om sonder iets te wees wat jy gehad het. Hy identifiseer vier verskillende tipes van verliese, naamlik:

- 'n Verlies aan 'n betekenisvolle geliefde of gewaardeerde persoon. Dit geskied gewoonlik deur dood, of egskeiding, of vervreemding. Sportlui as 'n groep neig om meer gereeld 'n verlies te ervaar deur vervreemding, soos byvoorbeeld wanneer 'n spanmaat wat naby aan hom/haar was, in 'n ander span opgeneem word. Spelers deel dan nie meer dieselfde doelwitte of wedstrydskedules nie, so ook nie dieselfde aantrekkamer of ander ervarings van die span nie. So 'n situasie kan as 'n verlies deur die individu, sy spanmaats of beide partye waargeneem word.
- 'n Verlies aan sekere aspekte van die self. Peretz (1970) omskryf die self as die omvattende geestesvoorstelling of beeld wat elkeen van ons ten opsigte van ons liggaam en persoon het. Hierdie selfvoorstelling sluit idees en gevoelens oor die self, waarde, aantreklikheid, spesiale kwaliteite en beminlikheid en vermoëns in. 'n

Verlies aan gesondheid word gewoonlik as 'n verandering in sommige aspekte van die self ervaar. Sportlui is veral kandidate om die verlies te ervaar wanneer hul beseer is. Vir sportlui wat gewoond is aan die beweging van hul liggaam op 'n gekontroleerde, vloeiende manier, is die verlies aan kontrole oor die liggaam baie ontstellend. Peretz (1970) sluit die verlies aan selfdefinisie ook in. Dié verlies kan verbandhou met sosiale aspekte soos beroep, statusposisie in die gesin en by die werk. Dikwels het dit 'n dramatiese effek op sportlui se lewens. As 'n sportpersoon 'n besering opdoen of 'n afname in sy/haar prestasie ervaar, dan kan hy/sy moontlik hierdie tipe verlies ervaar. Sy/haar beroepselfbeeld word geaffekteer en so ook sy/haar posisie in die span. 'n Verlies in kompetisiedeelname word ook ervaar. Wanneer 'n sportpersoon se selfbeeld dié van 'n wenner is, word hy/sy definitief geaffekteer.

- 'n Verlies aan eksterne objekte, soos byvoorbeeld eiendom, geld, waardevolle artikels, huis en vaderland. Selfs 'n verlies aan objekte met min waarde, soos 'n spesifieke paar skoene of toerusting, kan 'n individu se geestestoestand beïnvloed.
- Ontwikkelingsverliese of die verlies wat voorkom in die proses van menslike groei of ontwikkeling. 'n Verlies aan soepelheid, spoed, krag, algemene atletiese vermoëns wat kenmerkend van die verouderingsproses is, kan hierby ingesluit word. 'n Verlies kan 'n werklike gebeurtenis, asook 'n perseptuele, of 'n simboliese gebeurtenis wees. 'n Persoon kan 'n gebeurtenis as 'n verlies ervaar wanneer 'n ander individu dit nie omskryf nie. 'n Verlies aan eer of gesigswaarde is voorbeelde hiervan. Verskillende persone in dieselfde span kan dus verskillende persepsies van dieselfde situasie hê. Wat vir een 'n swaar verlies is, kan vir 'n ander geen betekenis inhou nie.

Alhoewel sportlui die eerste en laaste van bogenoemde verliese ervaar, voel Astle (1986) dat die tweede en derde tipes waarskynlik van meer betekenis vir sportlui is.

'n Ware, of potensiële, verlies mag insluit: verlies aan gesondheid, verlies aan vaardighede, verlies aan werk, verlies aan rol en ware, of geantisipeerde, verlies aan respek van

ander. Hoe meer ons emosioneel in die verlore objek, of in 'n aspek van onself belê het, hoe meer bedreig mag ons in afwagting van 'n verlies voel en sal ons met hartseer daarop reageer. Rolverlies as gevolg van beserings mag die verlies van selfsteem inhou of kan die individu van die betekenis en rasionaal vir sy/haar aksies ontnem (Karl, 1987; Peretz, 1970).

Engel (1964) is van mening dat hartseer die resultaat is van 'n verlies van enigiets wat die persoon as deel van sy/haar natuurlike omgewing beskou het. Die verlies het dan ook as bron van sielkundige bevrediging gedien. Daar is geen eenvormige menslike respons tot 'n verlies nie. Daar is eintlik 'n verskeidenheid response wat elkeen deur 'n kulturele konteks ondersteun word en wat die response as uitdrukking van verliese omskryf (Rosenblatt, 1988). Die samelewing gun egter nie altyd individue dieselfde regte tot hartseer nie.

Alhoewel 'n verlies hartseer voorafgaan, lei nie elke verlies tot hartseer nie. Verliese wat as matig beleef word en waarvan die individu deur genoegsame eksterne ondersteuning beskerm word, kan in die persoonlikheid geïntegreer word sonder enige pyn of hartseer. Op hierdie manier raak die belewing deel van die aanpasbare gedrag van die individu (Simos, 1977). Hartseer as 'n reaksie op 'n verlies en as 'n proses van herstel, is 'n funksie van die spesifieke geskiedenis en huidige omstandighede van elke individu, met sy/haar kulturele en biologiese determinante ingesluit (Averill, 1968).

2.5.2.2 Die hartseerproses

Talle eienskappe en prosesse van hartseer blyk volgens die literatuur dieselfde te wees. Dit geld ten opsigte van sterftes (Worden, 1991), terminale pasiënte (Kübler-Ross, 1969), kinders wat tydelik of permanent van hul ouers geskei is (Bowlby, 1991) en beseerde sportlui (Rotella & Heyman, 1986).

Lindemann (1944) het in onderhoude met mediese pasiënte vyf tipiese response op 'n normale hartseerproses geïdentifiseer, naamlik:

- Somatiese nood (byvoorbeeld gebrek aan krag, verlies aan eetlus en onderbroke verlies aan asem).
- Skuldgevoelens (byvoorbeeld verbale stellings wat 'n mate van selfverkwaliking vir dood aandui).
- Woede (byvoorbeeld gerig teenoor ander wat aspekte wat met die dood verbandhou, aanraak).
- Preokkupasie met 'n beeld van die afgestorwene (byvoorbeeld persone wat noem dat hul die afgestorwene gesien of gehoor praat het).
- Geïrriteerdheid, doellose gedrag.

Alhoewel Lindemann (1944) se analise van toepassing was op 'n spesifieke populasie, het navorsing deur Parkes (1985) sy observasies ondersteun.

Verskeie pogings is sedert Lindemann (1944) geloods om die proses van hartseer te verstaan. Die benaderings het ingesluit 'n ondersoek na stadiums (Averill, 1968), komponente (Bugen, 1977), fases (Bowlby, 1991) en take (Worden, 1996). Van hierdie modelle is op grond van sekere sleutelbeginsels deur sportsielkundiges afgekeur.

Volgens Averill (1968) bestaan hartseer uit 'n stel stereotipiese sielkundige en fisiologiese reaksies met 'n biologiese basis. Hy vermoed dat die aanpassingsfunksie van hartseer groepskohesie in 'n spesie moet verseker, waar 'n sosiale vorm van bestaan nodig is vir voortbestaan. Alhoewel hy hartseer in terme van rougedrag konseptualiseer, het hy ook gemeld dat ander tipes verliese, verlies aan rol ingesluit, tot hartseer kan lei. Dit geskied veral wanneer die verlies aan rol die verlies aan selfsteem insluit; of waar dit die persoon van die betekenis en rasionaal van sy/haar aksies ontnem. Hartseer binne hierdie konteks word dan gekenmerk as 'n tyd van intense geestelike foltering en verminderde weerstand tot stres.

Averill (1968) het drie stadiums in die hartseerproses voorgestel, naamlik:

- Skok en ongeloof vergesel deur fisiologiese veranderinge soortgelyk aan dié waargeneem in ander periodes van akute stres. Alhoewel Averill voorstel dat die eerste fase uit 'n amalgamasie van algemene stresreaksies bestaan, soos wat die persoon poog om van die verliesobjek te herstel; toon hy aan dat dit foutief sou wees om die stadium aan angstigheid gelyk te stel. Hy meld dat empiries beskou 'n betekenisvolle verlies gewoonlik 'n realistiese gebeurtenis vir angstigheid sowel as vir hartseer is. Konseptueel word dikwels na angstigheid verwys as die affektiewe staat (wat as tydelik beskou word) wat 'n verlies vergesel.
- Terneergedruktheid en depressie. Die tweede stadium word gekenmerk deur 'n bewustheid van die verlies, 'n onvermoë om te konsentreer, apatie, onttrekking, moedeloosheid, en in sommige situasies vyandigheid, kwaad, angstigheid en skuldgevoelens. Die uitwissing van gevestigde en hoogsgemotiveerde gedrag is dikwels onderliggend tot sommige simptome wat tydens dié fase beleef word (Averill, 1968).
- Herstel vind tydens die derde stadium plaas wanneer simptome minder prominent begin raak en nuwe-objekrelasie gevestig word.

Bugan (1977) kritiseer die stadiumbenadering deur te beweer dat die benadering nie die verskeidenheid van menslike response op hartseer akkommodeer nie. Stadiums is nie opeenvolgend nie en is miskien nie onderskeibaar nie. Hy meld ook dat die gedrag geassosieer met sekere stadiums nie ten opsigte van 'n sekere individu gaan presenteer nie. Alhoewel daar 'n voortvloeiendheid rakende die proses van hartseer is, kan daar soveel regressie na vorige stadiums plaasvind dat dit beter sou wees om die term “komponente” te gebruik. Die definisie kan ook gekwalifiseer word deur aan te toon dat sekere komponente vroeër in die proses dominant is en ander later.

Die fase-benadering beskou hartseer as 'n dinamiese, deurdringende ervaring waarbinne die treurende meer aktief by die proses betrokke is (Karl, 1987). Die outeur stel 'n drie fase-benadering tot hartseer voor, naamlik:

- Fase een, skok, word gekenmerk deur gevoelens van ongeloof en hoop. Dié fase word gevolg deur 'n fase waarin die persoon poog om die ewilbrium te herstel.
- Die simptome wat tydens die tweede fase ervaar word sluit in hiperaktiwiteit, insomnia en moegheid. Karl (1987) is van mening dat 'n persoon deur twee kragte gedurende die hanteringsfases beïnvloed word, naamlik:
 1. Die persoon poog om die realiteit te onderdruk en die nuwe pynvolle realiteit te vermy.
 2. Die persoon maak van 'n probleemoplossende benadering gebruik om die nuwe realiteit te hanteer en om gesondheid te verkry. Hierdie is heel waarskynlik relevant tot beserings deurdat die beseerde sportpersoon aktief aan die rehabilitasieproses deelneem.
- Die finale fase van aanpassing vind plaas wanneer 'n oplossing bereik is.

Die verskil tussen die komponent en stadium benaderings blyk slegs semanties te wees.

Kübler-Ross (1969) se vyf-stadium model ten opsigte van die hartseerproses word die wydste deur sportsielkundiges betreffende die reaksie op sportbeserings gebruik. Individue neig om dieselfde tipe patrone ongeag die tipe verlies te ervaar (Nideffer, 1989). Die model fokus op vyf fases van rou en behels die volgende:

- Volgens die eerste fase van Kübler-Ross se model reageer die persoon met ontkenning en isolasie. Die verlies of die bestaan van 'n probleem mag ontken word en kan daartoe aanleiding gee dat die persoon homself/haarself van ander isoleer. In sport word dikwels gesien dat die sportpersoon sy/haar besering ontken en ten spyte van die pyn, aanhou speel.
- Die tweede fase word gekenmerk deur gevoelens van kwaad wees. Die persoon neig ook om jaloers te wees of het 'n afkeer aan sy/haar kondisie. Sportlui wat by

spankeuse uitgelaat is, kan jaloers wees op dié wat die span maak, of kan kwaad wees vir die afrigter omdat dié hom/haar nie gekies het nie. 'n Beseerde sportpersoon kan 'n afkeer aan sy gesonde spanmaats openbaar, of kan kwaad wees vir ander vir wie hy/sy vir die besering blameer.

- Die derde fase word deur onderhandeling gekenmerk. Die persoon kan glo dat hy/sy 'n tipe ooreenkoms kan bereik om die verlies uit te stel. Sportlui kan besluit om hard te werk tydens oefeninge, of kan ekstra oefeninge doen om sodoende die realiteit van die verlies onbepaald uit te stel. 'n Beseerde sportpersoon kan probeer om met die medikus te onderhandel om hom/haar vir 'n naderende kompetisie of wedstryd fiks te verklaar.
- Die vierde fase word gekenmerk deur gevoelens van depressie. Die sportpersoon kan oor sy/haar besering treur en droefheid ervaar. Hy/sy kan belangstelling in die span en hul aktiwiteite verloor. Besprekings oor sport mag vermy word en die persoon kan oor die algemeen depressief voorkom.
- Die vyfde fase word deur aanvaarding gekenmerk. Met die verloop van tyd en deur geduldigheid te wees, raak dit vir die individu moontlik om deur die verlies te werk en dit te aanvaar. Aanvaarding dui nie noodwendig op 'n positiewe oplossing van die situasie nie, maar is eerder 'n aanduiding van die afwesigheid van emosies wat vooraf deurgewerk is. Die sportpersoon wat dié fase bereik het, sal poog om wedstryde by te woon en sal oor die verlies aan aktiwiteit dink en praat sonder om kwaad of hartseer te wees.

Kritiek teen hierdie benadering wentel om die beperkte omskrywing van elke stadium, die onvermoë van die model om die ossillasies tussen stadiums te verklaar en die noodsaaklikheid van elkeen wat hartseer ervaar om elke stadium opeenvolgend te beleef (Smith, Scott, O'Fallon & Young, 1990).

Kübler-Ross (1975:10) het egter in realiteit nie die aspekte waarvoor sy gekritiseer word voorgeskryf nie. Haar opinie was soos volg:

These stages provide a useful guide to understanding the different phases that dying patients may go through. They are not absolute; not everyone goes through every stage, in this exact sequence, at some predictable pace. But this paradigm can, if used in a flexible, insight-producing way, be a valuable tool in understanding why a patient may be behaving as he does.

Bowlby (1980) onderskei vier fases van verlies:

- Gevoelloosheid
- Hunkering en soeke na
- Disorganisasie en radeloosheid
- Herorganisasie.

Bowlby (1980) se fases van verliese is vergelykbaar met Kübler-Ross (1969) se fases, deurdat dit 'n progressie van een fase na 'n ander behels wat oor 'n paar maande en selfs jare strek.

Weiss (1973) bespreek alleenheid as 'n reaksie op verlies. Alleenheid blyk altyd 'n respons op afwesigheid van sekere tipes verhoudings, meer spesifiek verhoudings-middele, te wees. In baie gevalle is dit 'n respons op die afwesigheid van voorsiening van naby, intieme verhoudings. Wat sport betref kan hierdie verband aan deelname in sport, wen, 'n afrigter, die span of aan baie ander faktore gekoppel wees.

Volgens die psigo-analitiese teorie word die ego deur verdedigingsmeganismes teen oormatige angstigtheid beskerm (Able, 1986). Verdedigingsmeganismes het die ontkenning, falsifisering of distorsie van realiteit ten doel. Verdedigingsmeganismes is onbewustelik aktief en wel buite die bewustheid van die individu. Ontkenning is miskien die mees populêre verdedigingsmeganisme in die hantering van verliese.

Ontkenning word omskryf as 'n verdedigingsmeganisme wat gebruik word om die eksterne realiteit af te keer en dit met wensvervullende fantasieë of gedrag te vervang. Daar word soms van ontkenning gebruik gemaak in die aanwesigheid van 'n bedreiging vir welstand. Dit kan 'n persoon verhoed om behandeling te soek of om by 'n voorge-

skrewe terapeutiese program te hou. 'n Beseerde sportpersoon kan dus sy/haar verlies ontken deur na te laat om behandeling te ontvang of deur te vergeet om terapeutiese oefeninge te doen (Astle, 1986).

Reaksie-formasie behels die aanneem van oordrewe emosies wat direk kontrasteer met die werklike emosies wat ervaar word. Reaksie-formasie word ook gereeld as respons op verliese gebruik. 'n Sportpersoon wat teleurgesteld is met sy/haar prestasie, kan reageer deur oormatig grappies te maak en te lag (Astle, 1986).

Intellektualisering behels die afstomping van die emosionele kant van die verlies en deur daarvan in terme van gedagtes en idees eerder as gevoelens te praat. 'n Beseerde sportpersoon kan byvoorbeeld sê: "Dit was eers vir my erg om nie te kan speel nie, maar ek het dit oorkom en sien dit nou as 'n leerervaring" (Astle, 1986).

Onopgeloste verliese kan die bereiking van optimale prestasies voorkom (Astle, 1986).

2.5.2.3 Determinante van die hartseerproses

Engel (1964) het verskeie faktore voorgestel wat die uiteindelijke uitslag van die hartseer kan bepaal en beïnvloed. Die belangrikheid van die verliesobjek as 'n ondersteuningsbron en die mate waartoe ambivalente gevoelens teenoor die verliesobjek beleef is, kan bepalend wees. Hierdie konflikterende emosies kan kwaad, vyandigheid, en skuldgevoelens insluit. Indien hierdie genoemde gevoelens sou voortduur, kan dit die suksesvolle voltooiing van die hartseerproses beïnvloed. Die ouderdom van beide die verliesobjek en die roubeklaer, kan 'n invloed op die proses hê. 'n Volwassene mag oor 'n groter vermoë beskik om verliese te hanteer. Die getal en aard van verhoudings waaroor 'n persoon beskik, asook die getal en aard van vorige verlieservaringe sal die suksesvolle voltooiing van die proses beïnvloed. Volgens die outeur neig verliese om kumulatief in hul effek te wees. Die sielkundige en fisieke gesondheid van die persone ten tye van die verlies kan krities wees in die bepaling van hul kapasiteit om die verlies te hanteer.

Parkes (1975) toon aan dat 'n goeie afloop van die hartseerproses gewoonlik gekenmerk word deur 'n afname in die simptome (soos huil, angstigheid en protestering), erkenning van gevoelens van woede, die vrye uitdrukking van gevoelens teenoor ander en die vermoë om ander vir ondersteuning en hulp te gebruik. Swak gevolg word gekenmerk deur voortgesette verkwaling, oormatige bekommernis (wat ook hartseer is), byna paniekervarings resulterend uit doodsherinneringe, misplaaste ooraktiwiteit en die skielike presentering van psigosomatiese simptomatologie.

Parkes (1975) het gevind dat daar oor die algemeen drie klasse voorspellers is wat wederkerig met betrekking tot mekaar staan, naamlik: lae sosio-ekonomiese status, gebrek aan voorbereiding vir die verlies en ander lewenskrisisse wat die rouproses voorafgaan. Verder het die outeur ses veranderlikes wat, indien hul saam in ag geneem word, 'n goeie aanduiding van die uitslag kan gee. Dit sluit in 'n sterk verlange, houding ten opsigte van eie dood, duur van afgestorwene se siekte, sosiale status, woede, en self-verwyt drie tot vier weke na die verlies. Onseker verhoudinge gekenmerk deur òf vasklewing òf ambivalensie blyk voorspellend tot 'n swak uitslag te wees.

In 'n poging om die faktore te bepaal wat heraanpassing na 'n traumatiese verlies vergemaklik of bemoeilik, het Ben-Sira (1983) 'n heraanpassingsraamwerk opgestel. Hierdie raamwerk is gebaseer op navorsingsresultate met permanent fisiek gestremde Israeliese oorlogsveterane, oorlogsweduwees en agterblywende ouers. Die resultate van die studie het die volgende bevindinge ingesluit:

- Heraanpassing is voorspel deur suksesvolle hantering, wat gedefinieer word as 'n suksesvolle uitslag wat volg op die implementering van persoonlike en primêre groepsbronne.
- Heraanpassing word beter deur die persoon se hanteringskapasiteit voorspel as deur die graad van die gebeurtenisvoorspelde-heraanpassing.
- Die wyse waarop 'n persoon eise hanteer, bepaal heraanpassing. Die tydsverloop blyk nie 'n suksesvolle uitslag direk te beïnvloed nie.

- Staatmaak op bronne van 'n professionele aard impliseer 'n afhanklikheid wat teenproduktief met betrekking tot heraanpassing is, terwyl bronversterkte steun sukses en onafhanklikheid voorspel.

Ben-Sira (1983) se bevindinge het twee beperkinge gehad. Eerstens was die verlies permanent en onomkeerbaar; en tweedens was die tyd waarin die verlies voorgekom het, nie bepaal nie.

Ten spyte van beperkte navorsing ten opsigte van die determinante van uitslag na beserings, is daar tog sekere parallele wat tussen die kliniese sielkunde literatuur en ondersoeke na die emosionele response van sportlui op beserings getrek kan word. Smith, Stuart, Wiese-Bjornstal, Milliner, O'Fallon en Crowson (1993) het vasgestel dat die ernstigheidsgraad van 'n besering al betekenisvolle voorspeller van post-beseringsdepressie is en dat slegs die vlak van deelname en tipe sportsoort beseringsvoorspellers is. Die effek van geslag en ouderdom was nie-bedeutend.

Die aard en ernstigheidsgraad van beserings beïnvloed die affektiewe respons van sportlui. Die reaksies van beseerde sportlui volg op 'n verlies aan 'n aspek van die self. Soortgelyk aan die bevindinge ten opsigte van rugbysesings (Tucker, 1980), kan beseerde sportlui 'n verlies aan mobiliteit, kontrole, viriliteit en onafhanklikheid ervaar. Sportlui kan bykomend ook 'n verlies aan status, speelyd, aandag van spanmaats of afrigter en die media beleef. Alhoewel sulke verliese nie as permanent beskou word nie mag dit tog as baie traumaties beleef word. Hohmann (1985) meld dat hoe ernstiger die waargenome verlies, hoe intenser en ekstreem is die reaksies.

Lilliston (1985) toon egter aan dat dit nie die aard of ernstigheidsgraad van die besering is wat die sielkundige respons eksklusief beïnvloed nie. Die sielkundige respons hou eerder met die interaksie tussen persoon en totale omgewing verband. Om die affektiewe responspatroon van die beseerde sportpersoon te verstaan, behoort die individu asook die omgewingsfaktore ondersoek te word. Parkes (1985) toon aan dat die sielkundige reaksie op 'n ernstige besering moontlik deur die verwagte reaksie bepaal kan word.

Sosiale ondersteuning deur spanmaats, afrigter en andere gedurende die rehabilitasiefase, verskaf aan 'n beseerde sportpersoon die geleentheid vir die ventilering van gevoelens, herversekering en verbetering van kommunikasiekanale. Dit verminder ook onsekerheid gedurende periodes van stres, verskaf bronne en geselskap, en help in die geestes- sowel as fisieke herstel (Albrecht & Adelman, 1984).

2.5.2.4 Hartseerverwante modelle van die emosionele respons op beserings

Pederson (1986) het een van die eerste modelle van hartseerresponse op beserings op grond van kliniese- en beseringsliteratuur voorgestel. Die model is gekenmerk deur drie fases wat bestaan uit, eerstens 'n skok en ontkenningfase, tweedens 'n preokkupasiefase en derdens 'n herorganiseringsfase. Die werk van Kübler-Ross is primêr by die ontwikkeling van die model betrek. Weiss en Troxel (1986) het 'n holistiese benadering tot die sielkundige rehabilitasie van beserings gehandhaaf en het soortgelyke response, soos voorgestel deur Pederson (1986), waargeneem.

Weiss en Troxel (1986) het egter 'n model voorgestel wat vier stappe ingesluit het, naamlik: die stressor (om beseer te wees), die kognitiewe waardering van die situasie of potensiële stressor (die besering) en 'n persoon se eie hanteringsbronne, die emosionele response, en laastens die gevolge van stres. Weiss en Troxel (1986) het die volgende emosionele response by beseerde sportlui waargeneem: irrasionele gedagtes; emosies soos ongeloof, bangheid, woede, en depressie; somatiese klagtes soos insomnia, spierstyfheid, verlies aan eetlus, en moegheid. Die sportlui betrokke by die studie het ook gemeld dat hulle aan aktiwiteite deelgeneem het wat teenstrydig met hul rehabilitasieprogram was. Die observasies is gedeeltelik dieselfde as die hartseermodelle soos voorgestel deur Averill (1968) en Karl (1987).

Gordon en Lindgren (1990) het 'n gevallestudie oor die rehabilitasieproses van 'n elite krieketsnelbouler gedoen. Hul het voorgestel dat daar drie faktore is wat blyk om van

direkte waarde te wees in die verstaan van die beseringsrespons, beseringsrehabilitasie en die terugkeer na kompetisie, naamlik:

- Die herstel en latere terugkeer na die sport kon toegeskryf word aan 'n kombinasie van effektiewe response op beide die fisieke en sielkundige eise van die onbevoegdheid na aanleiding van die besering.
- 'n Positiewe houding is belangrik. Die sportman se emosionele respons op die besering was aanvanklik gekenmerk deur ontkenning, gevolg deur woede, depressie, en laastens aanvaarding.
- Die gebruik van rasonale gedagteprosesse deur die sportpersoon het tot effektiewe gedragsresponse gelei. Volgens Evans en Hardy (1995) ondersteun dit die gebruik van kognitiewe gedragsbenaderings in stres hantering gedurende beserings.

Gordon en Lindgren (1990) se bevindinge was gebaseer op data soos ingewin deur onderhoude en retrospektiewe verslae van die spesifieke besering asook 'n besering wat ses jaar vantevore plaasgevind het en die sportman vir twee jaar van sportdeelname weerhou het. Onderhoude was ook gevoer met twee sportfisioterapeute wat by die rehabilitasieprogram betrokke was. Die beperkings van die studie kan moontlike onakkurate herroeping, uitvoering en gevolgtrekkings wees soos uit die getranskribeerde onderhoude verkry, asook kontaminasie van die sportpersoon se response deur vorige sielkundige voorligting. Die bevindinge strook egter met die behandelde hartseer- modelle en beklemtoon die belangrikheid van hanteringsmeganismes tydens die vroeë responsstadiums.

Gordon, Milios en Grove (1991) het in 'n studie na die sielkundige aanpassing by sportbeserings soos deur fisioterapeute waargeneem, die volgende gemeld: veral simptome van ontkenning en onderhandeling en, in 'n mindere mate, depressie en woede is waargeneem. Volgens die fisioterapeute is die volgende simptome bepalend vir 'n verhoogde emosionele reaksie op beserings, naamlik: erns van die besering, tydperk van die seisoen waartydens die sportpersoon beseer raak, intensiteit en belangrikheid van sportdeelname, asook nie-spesifieke persoonlikheidsveranderlikes. Gordon, Milios en Grove (1992) stel

voor dat toekomstige navorsing op die stadiums van die hartseerrespons fokus deur te bepaal of die stadiums opeenvolgend of herhalend is.

Leddy, Lambert en Ogles (1994) het die sielkundige reaksies op beserings ondersoek. Verskeie psigometriesse toetse, onder ander die *Beck Depression*-vraelys, die *State-Trait Anxiety Inventory* en die *Tennessee Self-Concept Scale*, was afgeneem. 'n Voorafmeting, 'n nabeseringsmeting (een week na besering) en 'n meting twee maande na die tweede meting is gedoen. Die onafhanklike veranderlike was beseringstatus en was opgedeel in vier groepe, naamlik: beseerdes, hersteldes, geen-beseerdes en laat-beseerdes. Geen betekenisvolle verskille is tussen die groepe tydens die voorafmetings waargeneem nie. Die nabeseringsmetings het egter betekenisvolle hoër vlakke van depressie en staatangs, asook betekenisvolle laer tellings van fisieke selfsteem vir die beseerdes en hersteldes aangetoon. Leddy *et al.* (1994) toon egter aan dat die emosionele response in sommige gevalle 'n soortgelyke intensiteit as dié van buite-pasiënt psigoterapie-kliënte bereik het. Hierdie feit is interessant omdat 'n verlies aan selfsteem verbandhou met 'n verlies aan liggaamlike funksionering en rolverlies 'n belangrike faktor binne die kliniese literatuur oor die predisponering van 'n individu op 'n hartseerrespons is (Averill, 1968). Die beperkinge van die navorsing is soos volg:

- Genoegsame inligting om die studie te herhaal, ontbreek.
- Beserings was gedefinieer as die mis van 'n enkele wedstryd of sportdeelname en het geen detail betreffende die ernstigheidsgraad van die besering ingehou nie.
- Die periode tussen die voorafmeting en nabeseringsmeting is nie gemeld nie.
- Slegs drie dataversamelingspunte is gebruik.
- Die nabeseringsdata-insameling kon tot 'n week tussen studiepopulasie-lede verskil.

McDonald en Hardy (1990) het die affektiewe respons van vyf erg beseerde eerste universiteitsdivisie sportlui, vanaf 24 uur na besering vir vier weke op twee nie-op-een-volgende dae per week by dieselfde plek en op dieselfde tydstip opgevolg. Die sportlui het die *Profile of Mood States*-vraelys voltooi en het ook aangedui tot watter mate hulle glo dat hulle gerehabiliteer is. Tydens die eerste ontmoeting is die *Marlowe-Crowne*

Social Desirability Scale, asook 'n demografiese vraelys voltooi. Tydens die laaste ontmoeting het die sportlui 'n oop-einde vraelys voltooi wat van toepassing was op die affektiewe, kognitiewe en gedragsrefleksies op die rehabilitasie.

Volgens die resultate het die emosionele belewing gedurende die vier weke betekenisvol verander (McDonald & Hardy, 1990). Dit het ook gelyk asof die veranderinge in twee fases voorgekom het, met fase een wat verwys het na die eerste twee ontmoetings (met ander woorde die eerste week na besering) en fase twee die volgende ses ontmoetings (weke 2-4). Die affektiewe patrone van die rehabiliterende sportlui het 'n sterk verband met die persepsie van rehabilitasie getoon. Negatiewe emosies het verminder en positiewe emosies het vermeerder na mate die persepsie ten opsigte van rehabilitasie verhoog het (McDonald & Hardy, 1990).

Die hantering van hartseer verwys na 'n proses waarin alle emosies wat 'n persoon na 'n betekenisvolle verlies ervaar, verwerk moet word (Brown & Stoudemine, 1983). Horowitz (1985) stel voor dat belewing van hartseer fundamenteel tot rehabilitasie is. Vir die beseerde sportpersoon hou hartseer verband met 'n verlies van 'n aspek van die self. Alhoewel die verlies gewoonlik nie permanent van aard is nie, kan die verlies aan deelname, en alles wat daarmee saamgaan, as traumaties ervaar word. Lynch (1988) wys daarop dat die emosionele reaksie op so 'n gebeurtenis 'n betekenisvolle impak op die rehabilitasieproses kan hê. Emosies kan dus die aanpassing by en deelname van sportlui aan die rehabilitasieproses aanhelp of vertraag. Die mate waartoe sportlui voortdurende negatiewe emosies (soos woede) beleef, sal die oorgang van hulpeloosheid na rehabilitasie bepaal. Slegs wanneer die sportpersoon emosionele beheer herwin kan hy/sy die erns en beperkende effek van die besering besef. Dié aanvaarding lei tot 'n taakgefokusde benadering met betrekking tot die rehabilitasieproses wat dan die sportpersoon toelaat om vanaf selfbeskermende gedrag na aktiewe hanteringsgedrag te beweeg (Silva & Hardy, 1991).

In verdere navorsing het McDonald en Hardy (1990) gevind dat sportlui wel emosionele reaksies gedurende die rehabilitasieproses beleef. Hierdie reaksies blyk progressief vanaf

'n negatiewe na 'n positiewe gemoedstaat te beweeg. Dit blyk ook dat die aanpassing by sportbeserings sekere take insluit, soos om verantwoordelikheid te aanvaar vir die uitoefening van inspanning om van die verlies te herstel (Worden, 1980). McDonald en Hardy (1990) stel voor dat 'n sportpersoon die realiteit van die besering moet aanvaar, emosies moet ervaar en uiting daaraan gee en sy/haar emosionele energie dan in die rehabilitasieproses herinvesteer.

McDonald en Hardy (1990) meld dat die aard van die affektiewe reaksie 'n fase-proses insluit, soos aanvanklik deur Kübler-Ross (1969) voorgestel. Volgens die resultate blyk sportlui 'n tweefase-proses te volg, soortgelyk aan die prosesse wat Shontz (1975) voorstel. Die eerste fase, die impakfase, is baie intens en duur relatief kort. Skok is aanwesig en verwys na 'n gevoel van isolasie, paniek, disorganisasie en hulpeloosheid. Die tweede fase sluit terugwyking en erkenning in. Terugwyking verwys hier na 'n tipe van ontkenning waar die individu eerder terugtrek in sy ongesteldheid of gesondheid. Erkenning sluit die siklusse van toenadering en vermyding in. Dit blyk dat die sportlui aanvanklik negatiewe emosies ervaar het, maar dat hulle meer taakgefokus geraak en aangepas het by hul beperkinge toe daar met die rehabilitasieprogram begin is.

Interne en eksterne faktore wat 'n invloed op die deelname aan rehabilitasie uitoefen, asook strategieë wat deelname en toegewydheid bevorder word vervolgens bespreek.

2.6 *Rehabilitasiedeelname*

Milios (1989) het die sielkundige aspekte van die herstelproses ten opsigte van sportbeserings soos waargeneem deur fisioterapeute, ondersoek. Die top ses spesifieke gedragsimptome van beide negatiewe (disfunksionele) en positiewe (funksionele) sielkundige response op beserings kan volgens rangorde as volg (sien tabel 1) voorgestel word:

Tabel 1: Gedragsimptome met betrekking tot beserings

Negatiewe gedrag	Rangorde	Positiewe gedrag
Mislukking in die neem van verantwoordelikheid vir eie rehabilitasie.	1	Die vra van vrae aan die terapeut om die besering beter te verstaan.
Nie-aanvaarding van besering.	2	Luister goed na advies.
Die nie-nakoming van behandelingsvoorskrifte, asook die afwesigheid van samewerking.	3	Samewerking met terapeut asook nakoming van behandelingsvoorskrifte.
Ontkenning van die erns of omvang van die besering.	4	Aanvaarding van fisieke beperkinge.
Die voorkoms van depressie.	5	Die inisiëring van voortgesette rehabilitasie tuis.
Onderhandeling met die fisioterapeut rakende die behandeling en tydperk afwesig van kompetisie.	6	Vroeë aanvaarding van die besering.

Die fisioterapeute het verder gemeld dat die graad van sielkundige response op besering, wat kon strek van geensins beïnvloed tot uitermatige ontsteltenis, waarskynlik deur verskeie interverwante faktore geaffekteer word (Milios, 1989). Die faktore is as volg:

1. Beserings wat kort voor belangrike kompetisies voorkom
2. Intensiteit /belangrikheid van sportbetrokkenheid
3. Persoonlikheid van die sportpersoon
4. Vlak van kompetisie
5. Sportpersoon se geloof in die fisioterapeut
6. Vertroue in die fisioterapeut se diagnose
7. Ernstigheidsgraad van die besering
8. Vorige soortgelyke beserings
9. Sportlui wat na aan die beëindiging van hul loopbane is
10. Beserings veroorsaak deur 'n tekort aan voorbereiding
11. Beserings opgedoen deur jong, onervare sportlui
12. Beserings wat in die middel van die seisoen plaasvind

Alhoewel al die bogenoemde faktore geneig was om die sportpersoon se reaksie op beserings te beïnvloed, het die volgende faktore die grootste effek op die reaksie op beserings gehad (Milios, 1989):

1. Ernstigheidsgraad van besering
2. Tydperk van die sportseisoen toe die besering voorgekom het
3. Intensiteit/belangrikheid van sportbetrokkenheid
4. Persoonlikheid

Die graad van sielkundige aanpassing wat benodig was om verskillende beserings te hanteer, het indirek verband gehou met die tipe besering wat opgedoen is. Die fisioterapeute het die volgende beserings op 'n sewe-puntskaal soos volg geklassifiseer (1 = geen sielkundige aanpassing word benodig, en 7 = heelwat sielkundige aanpassing word benodig):

1. Knie-onstabiliteit	6,28
2. Rugbesering	5,50
3. Skeuring van ligament	5,48
4. Skoueronstabiliteit	5,44
5. Fraktuur	5,00
6. Enkelonstabiliteit	4,92
7. Hampese skeur	4,73
8. Liesskeur	4,59

Bogenoemde data toon aan dat sekere beserings moeiliker is om te hanteer as ander. Alle beserings vra egter 'n sekere mate van sielkundige aanpassing. Hierdie bevindinge beklemtoon die belangrikheid van sielkundige faktore in die responsproses op sportbeserings. Dié kennis is vir die professionele persone betrokke by rehabilitasie, asook die sportpersoon, sy/haar ondersteuningsstelsel en afrigters van waarde (Milios, 1989).

2.6.1 Sportlui se ingesteldheid tot rehabilitasie

Die terapeute het ook die positiewe en negatiewe ingesteldhede van sportlui tot behandeling gedurende rehabilitasie waargeneem. Die ingesteldhede het in verskeie gedragspatrone gemanifesteer en het die navorsingsbevindinge van Fisher, Domm en Wuest (1988), asook Gordon en Lindgren (1990) bevestig. Die bevindinge word in Tabel 2 weergegee:

Tabel 2: Gedragsresponse aanduidend van ingesteldheid tot behandeling en rehabilitasie

Negatiewe sielkundige response	Positiewe sielkundige response
<p>Volg nie die tuisrehabilitasieprogram nie.</p> <p>Daag nie vir afspraak op nie.</p> <p>Luister nie aandagtig nie.</p> <p>Ontken die omvang van die besering.</p> <p>Akkommodeer nie besering deur aanpassings met betrekking tot die besering te maak nie.</p> <p>Nie ernstig by rehabilitasie betrokke nie, staan rond.</p> <p>Soek na verskeie opinies ten opsigte van die besering.</p> <p>Glo dat indien pyn afwesig is, daar geen verdere behoefte aan die behandeling bestaan nie.</p> <p>Oordoen die rehabilitasie.</p> <p>Bevraagteken die terapeut se vermoëns en diagnose.</p>	<p>Individu werk hard gedurende rehabilitasie.</p> <p>Persoon neem persoonlik verantwoordelikheid vir sy rehabilitasie.</p> <p>Persoon verskaf terugvoer aan terapeut rakende besering en die rehabilitasieprogram.</p> <p>Persoon vra op 'n opgewekte manier hoe hy/sy tydens die rehabilitasie van hulp kan wees.</p> <p>Persoon is insiklik en verskaf samewerking met terapeut.</p>

Fisher *et al.* (1988) het die volgende persoonlike faktore geïdentifiseer wat die verbintenis tot rehabilitasieprogramme beïnvloed:

- **Waargenome inspanning.** Eersgenoemde verwys na die subjektiewe bepaling van hoe hard individue dink hulle werk. Dit beïnvloed die besluit om voort te gaan met die harde fisieke werk, asook die keuse van werksintensiteit. 'n Mate van deursettingsvermoë is by beseringsrehabilitasie nodig. Laasgenoemde word grootliks deur die prosessering van perseptuele informasie (byvoorbeeld gewrigstyfheid, spieruitputting en pyn) bemiddel. Sportlui neig om hul rehabilitasie te termineer wanneer hul te veel eksterne en interne probleme ervaar.
- **Selfmotivering.** Die term beteken dat 'n persoon meer deur persoonlike idees of doelwitte as deur ander persone s'n beïnvloed word. Selfgemotiveerde persone blyk om makliker by gedragsbesluite te hou en om obstruksies wat in die pad mag staan, soos die ongeleë skedulering van rehabilitasie-afsprake of die tekort aan ondersteuning deur ander, te oorkom.
- **Pyntoleransie.** Die persepsie van pyn word deur die individu bepaal en hou verband met emosionele opwekking, motiverende dryfkrag en kennis. Die multi-dimensionele aard van pyn moet ingereken word. Die kognitiewe en affektiewe strategieë om die individu te help om die versperring te oorkom, moet geïdentifiseer word. 'n Sportpersoon wat gespanne voel omdat hy/sy 'n geopereerde knie moet toets, kan aangeraai word om gekontroleerde asemhalingstegnieke te gebruik om sodoende die opwekkingsimptome te beheer. Die deelnemers aan rehabilitasie sal moontlik in staat wees om hul pyn te verminder, terwyl nie-deelnemers kan neig om die pyn te verhoog.

Duda, Smart en Tappe (1989) het die verhouding tussen drie fasette van subjektiewe betekenis ondersoek, naamlik persoonlike belonings, gevoel oor die self en waargenome gedragskeuses en deelnemende gedrag aan beseringsrehabilitasie. Die volharding met die oefenprogram was gedefinieer as 'n samestelling van opdaag vir sessies, die mate van voltooiing van die voorgeskrewe oefenprogram, en die intensiteit of inspanning wat die sportpersoon in die uitvoering van die voorgeskrewe oefenprogram getoon het. Al drie dié dimensies het die deelnemende gedrag betekenisvol voorspel. Die sportlui wat in 'n

hoër mate tot rehabilitasie verbind was, het in die effektiwiteit van die behandeling geglo. Meer sosiale ondersteuning vir hul rehabilitasie was waargeneem. Hulle was meer doelwitgeoriënteerd of selfgemotiveerd, en het meer klem op bemeestering of taakverbandhoudende doelwitte in sport geplaas.

Grove, Hanrahan en Stewart (1990) meld dat Andersen en Williams (1988) se model op die begin en oorsaak van beserings fokus. Die outeurs beveel aan dat die model uitgebrei word om ook die herstel van sportbeserings in te sluit en dat erkenning aan potensiële mediërende attribusies verleen word. Attribusies kan moontlik verbandhou met sekere persoonlikheidspre-disposisies. Peterson, Semmel, Von Baeyer, Abramson, Metalsky en Seligman (1982) meld dat attribusies oor 'n persoonlikheidstrek-kwaliteit beskik. Die persoonlikheidstrek van gehardheid het herhaaldelik die reaksies op stres gemodereer (Kobasa *et al.*, 1982). Andersen en Williams (1988) verwys eksplisiet na gehardheid as 'n potensieel belangrike persoonlikheidsveranderlike in hul model. Attribusionele style en/of attribusies betreffende beseringsherstel kan belangrike mediators van die stresverwante emosies en gedrag gedurende rehabilitasie wees (Grove *et al.*, 1990).

Oorsake van stadige herstel was in vergelyking met dié van vinnige herstel waargeneem as minder stabiel, kontroleerbaar, globaal en intensioneel. Die oorsake vir stadige herstel was dikwels waargeneem as meer intern (Grove *et al.*, 1990).

Daar word ook geglo dat sportlui slegs dit wat hul bereid is om tydens rehabilitasie in te sit, uit kry (Gordon *et al.*, 1991).

2.6.2 Eksterne faktore wat prestering ten tye van rehabilitasie beïnvloed

Die eksterne faktore wat verbandhou met die terapeut en die kliniek, kan soos volg gelys word (Gordon *et al.*, 1991).

Terapeut

- Besik oor goeie kennis van die behandeling van sportbeserings
- Bekend met die eise van verskillende sportsoorte
- Gemotiveer om die individu so gou moontlik te rehabiliteer
- Gee volle aandag aan persoon tydens behandeling
- Behandel beserings as “beserings van voortreflikheid”.

Kliniek

- Professionele en dinamiese atmosfeer
- Vernuftige en opgewekte personeel
- Ontspanne en kalm atmosfeer in wagkamer
- 'n Vriendelike atmosfeer word regdeur gehandhaaf
- Die mure is versier met byvoorbeeld sportverwante foto's
- Beseerde sportlui word in groepe gerehabiliteer
- Goed toegeruste fasiliteite met die nuutste apparaat
- Ruim en netjiese geboue
- Goeie beligting
- Agtergrondmusiek.

Fisher *et al.* (1988) het die volgende situasionele faktore wat verbintenis tot rehabilitasieprogramme beïnvloed, geïdentifiseer:

- Ondersteuning deur betekenisvolle ander persone. Mense blyk om makliker verantwoordelikheid teenoor ander as teenoor hulself na te kom.
- Skedulering. Die skedulering van afsprake moet sover moontlik by die sportpersoon se skedule ingepas word.
- Omgewingsomstandighede. Hierdie veranderlike blyk om die kleinste effek op die voorspelling van rehabilitasiedeelname te hê. Oorvol oefenlokale, onduidelike instruksies en verduidelikings rakende beserings, asook ontoepaslike monitering kan sportlui frustreer en uiteindelik tot geen deelname lei.

Gordon *et al.* (1991) het drie groepe persoonlike en sosiale omstandighede wat die prestering gedurende rehabilitasie positief of negatief kan beïnvloed, soos volg gelys:

Sosiale ondersteuning

- Eglid/maat
- Ouers
- Kinders.

Werk en finansiële omstandighede

- Werksverpligtinge wat met die rehabilitasie-afsprake inmeng
- Hoë mediese kostes wat verbandhou met die besering en behandeling
- Besering bedreig die inkomste en/of sukses by die werk
- Lae werkstevredenheid.

Ander

- Gedwonge afhanklikheid ten opsigte van vervoer
- Konstante vraagstelling deur ander rakende die besering en herstel
- Druk deur die afrigter en mede-sportlui om so gou moontlik na kompetisie terug te keer
- Bedreiging van die sosiale lewe deur die besering.

Fisher *et al.* (1988) het gevind dat dit dikwels eerder die persoon as die kwaliteit van die program is wat die primêre faktor by suksesvolle rehabilitasie is. Die rehabilitasieterapeut se ervaring en vaardigheid is van geen waarde waar die sportman of sportvrou geen verantwoordelikheid vir die rehabilitasieprogram neem nie.

2.6.3 Strategieë om verbintenis tot rehabilitasiedeelname te bevorder

Volgens Fisher (1990) is die ondersteuning van sportbeseringsrehabilitasie afhanklik van die persoonlikheidseienskappe van die sportpersoon in samewerking met spesifieke aspekte van die rehabilitasie-opset, asook van die kwaliteit van intervensies soos tussen

die terapeut en sportpersoon ontwikkel. Behandelingsaanhang is dus multidimensioneel van aard.

Volgens Fisher (1990) is selfvertroue die sleutel tot verhoogde rehabilitasiedeelname en verwys na:

- Bevoegdheid. 'n Gevoel dat 'n sekere taak op 'n suksesvolle wyse voltooi kan word
- Kontrole. Die vermoë om beheer oor 'n spesifieke situasie te neem
- Verbintenis. Die gewilligheid of vermoë om by 'n spesifieke taak te bly.

Enige strategie wat enige van die drie kwaliteite van selfvertroue bevorder sal die moontlikheid van die aanhang van beseringsrehabilitasie verhoog.

Fisher (1990) het die volgende strategieë geïdentifiseer wat moontlik die deelname aan rehabilitasie kan bevorder:

- Opleiding

Sportlui moet ten minste die algemene detail van hulle beserings, asook die behandelingsplan (intensiteit, frekwensie en duur) en die kans tot volle herstel verstaan. Die verhoogde kennis van beserings is egter geen waarborg vir definitiewe toegewyde beseringsrehabilitasie nie (Haynes, 1984). Faktore soos die terapeut-sportpersoon interaksie, asook die kwaliteit van die terapeut kan 'n rol speel (Fisher, 1990).

- Behandelingseffektiwiteit

Duda *et al.* (1989) wys daarop dat die geloof van die beseerde sportpersoon in die sukses van die behandelingsprogram deurslaggewend tot die verbintenis tot behandeling is. Sportlui het dus die gerusstelling nodig dat die behandeling gaan werk. Die meedeling van ander, bekende sportlui wie se rehabilitasie suksesvol was, skep gerustheid. Die sportpersoon se verwagting van sukses van die behandelingsplan asook van homself/haarself, is belangrik. Sportlui moet gevra word of hulle dink dat hulle wel oor die

vermoë beskik om die voorgeskrewe oefeninge uit te voer en wel op so 'n wyse dat dit tot herstel sal lei (Fisher, 1990).

- **Pasmaking**

Die terapeut moet die behandelingsplan volgens 'n evaluasie van die beseerde sportpersoon se eienskappe saamstel. Alhoewel ideale behandelingsplanne vir sekere beserings bestaan, sal die behandeling slegs geslaag wees indien die sportpersoon genoegsaam gemotiveer is om volgens die voorgeskrewe oefeninge te handel (Fisher, 1990).

- **Terugvalvoorkomingsopleiding**

Deelname aan die behandelingsplan impliseer nie dat die sportpersoon altyd optimaal gemotiveerd is en aan die behandelingsplan prioriteit sal verleen nie. Byna alle rehabiliterende sportlui se motivering word gekenmerk deur hooggetye en laaggetye. Sportlui moet verseker word dat die patroon aanvaarbaar en normaal is. Die realistiese moontlikheid van deelname-terugvalle moet aan die begin van die rehabilitasieprogram met die sportpersoon bespreek word. Geantisipeerde terugvalle moet as tydelik beskou word (Fisher, 1990).

Rehabiliterende sportlui se aandag moet op die “onthouding-skendingseffek” gevestig word. Wanneer 'n afspraak nie nagekom of 'n doelwit nie bereik word nie, kan totale onderbreking verwag word. Indien die alles-of-niks beginsel, wat impliseer dat aan alle eise voldoen moet word anders sal geen toekomstige behandeling van waarde wees nie geld, sal die rehabiliterende ingesteldheid negatief op die rehabilitasieproses inwerk. Deelname aan rehabilitasie moet as deurlopend in plaas van digotomies beskou word (Fisher, 1990).

2.6.4 Kontrole-strategieë ten opsigte van kennisies, emosies en gedrag ten tye van rehabilitasie

Dit is belangrik dat rehabiliterende sportlui kontrole oor hul rehabilitasie en gepaardgaande gedagtes, gevoelens en gedrag uitoefen. Deelname aan rehabilitasieprogramme

word bemoeilik omdat sportlui soms die bereiking van doelwitte betwyfel. Die verwagting van pyn tydens sportlui se deelname aan die rehabilitasieprogram verminder die intensiteit van hul deelname. Die verwagte afname in deelname aan rehabilitasie vergroot indien vermydende of pessimistiese gedagtes nie beheer word nie. Selfeffektiwiteitsverwagtinge word versterk soos wat sportlui bemeestering van pyn ontwikkel en soos wat hulle hul rehabilitasiedoelwitte bereik (Fisher, 1990). Hierdie kontrole, of dit slegs waargeneem of werklik is, is volgens Dolce, Crocker, Molatteire en Doleys (1986) 'n voorvereiste vir die ontwikkeling van 'n gevoel van selfeffektiwiteit.

- Dissosiasie

Rehabilitasie en die geassosieerde ongemak (byvoorbeeld pyn en moegheid) is soms moeilik om te verduur. Dit is dus daarom nuttig om die sensoriese impak deur middel van afleidingstegnieke te verminder. Rehabilerende sportlui kan aangemoedig word om meer op plesiersverskaffende aktiwiteite te konsentreer (soos terugkeer na kompetisie), in plaas daarvan om op die huidige liggaamlike sensasies te fokus. Pennebaker en Lightner (1982) het rehabilerende sportlui wat op 'n trapmeul gehardloop het se asemhaling bevorder deur 'n ander fokus as hul normale reaksies op sportdeelname te verskaf. Enige strategie wat die persoon se fokus van intern na ekstern verander het die potensiaal om die rehabilerende sportpersoon te help om deur die onvermydelike ongemak te werk. Liggaamlike simptome verskaf belangrike terugvoer en moet nie verontagsaam word nie. Aandagafleiers is egter dikwels nodig om die negatiewe impak van rehabilitasie te oorkom (Fisher, 1990).

- Selfmonitering

Oldridge en Jones (1983) het selfmoniteringsstrategieë suksesvol in die verbetering van deelname aan kardiale sportdeelnameprogramme gebruik. Die deelnemers het self-relevante inligting soos tyd van die dag, duur van sportdeelname, weerstand, asook afstand gehardloop gedokumenteer. Grafiese voorstellings kan ook van eersgenoemde data gemaak word. Sukses lei tot verdere sukses en hoe meer oort rehabilerende sportlui met die bereiking van doelwitte kan wees, hoe meer sal hul geneig wees om te verduur en aan te hou oefen (Fisher, 1990).

- **Besluit-balansstaat**

Die deelname aan rehabilitasie is 'n persoonlike gedragsbesluit wat deur elke beseerde sportpersoon op 'n basis van kostes en voordele gemaak word (Fisher, 1990). Die balansstaat kan nuttig by die inleidende fases van rehabilitasie geïnkorporeer word. 'n Balansstaat kan opgestel word ten opsigte van:

- Geskatte kostes van rehabilitasie (byvoorbeeld tyd in beslag geneem) in vergelyking met die geskatte uitslag (byvoorbeeld terugkeer tot kompetisie)
- Geskatte kostes en voordele vir andere (byvoorbeeld spanmaats)
- Selfgoedkeuring of -afkeur
- Goedkeuring of afkeur deur ander.

Pyndekondisionering is nodig (Fisher, 1990). Sportlui wat beter aan rehabilitasie deelgeneem het, het gemeld dat hulle pyn en ongemak beter verduur het as die sportlui wat tot 'n mindere mate aan rehabilitasie deelgeneem het (Fisher *et al.*, 1988). 'n Sekere mate van pyn is endemies tot meeste rehabilitasieprogramme en daarom moet sportmediese professionele persone verstaan dat die verwagting van pyn dikwels deelname aan behandelingsprogramme beperk (Dolce *et al.*, 1986). Rehabilerende sportlui kan pynbeheertegnieke aangeleer word. Pyn en seerheid kan deur die toepassing van sistematiese versterking gebruik word om as 'n gekondisioneerde positiewe versterker te dien. Terugvoer deur die terapeut tydens die rehabilitasieproses wat volg kan ook as positiewe versterking dien (byvoorbeeld "no pain, no gain").

2.6.5 Verbintenisstrategieë

Die volgende voorstelle word vir die verbintenis van die beseerde sportpersoon aan sy/haar rehabilitasieprogram gemaak:

- Pasmaking

Volgens Meichenbaum en Turk (1987) beïnvloed selfeffektiwiteit die moeite en volharding met 'n taak wanneer probleme ervaar word. Motiverende of verbintenisstrategieë is belangrik indien rehabilitasiedeelname die doelwit is. Geïndividualiseerde gedragbenaderings blyk vir die aanmoediging van deelname die beste strategieë te wees (Martin & Dubbert, 1984).

- Kontraktering

'n Formele, geskrewe kontrak word opgestel waarin belonings en straf, wat verbandhou met die nakoming of nalating van sekere take, aangedui word (Fisher, 1990). Sodoende kan afgespreek word dat indien 'n rehabilitasie-afsprake nie nagekom word nie, die afgrigter geskakel word. Hierdie strategie werk omdat die persoon sosiale druk ervaar en omdat hy/sy self 'n mate van selfteleurstelling beleef. Martin en Dubbert (1984) het dan ook kontraktering suksesvol op deelname aan rehabilitasie toegepas.

- Dreigemente

Dreigemente word soms as eksterne motivering vir sukkelende sportlui gebruik. Dreigemente is effektief, maar daar word probeer om nie hiervan gebruik te maak nie omdat sekere sportsmediese dienste wat sportlui kan benodig dan van hom/haar ontnem kan word. Nuwe en sterker dreigemente moet ontwikkel word indien 'n spesifieke dreigement reeds gebruik is (Fisher, 1990).

- Doelwitstelling en –bereiking

Dit is belangrik dat rehabiliterende sportlui vordering in hul behandeling waarneem. Korttermyn doelwitte (byvoorbeeld die nakoming van rehabilitasie-afsprake, die gee van maksimale inspanning rakende voorgeskrewe oefeninge, die voltooiing van huiswerkopdragte), moet in plaas van langtermyn doelwitte (byvoorbeeld om na kompetisie terug te keer) gestel word (Fisher, 1990).

- **Sosiale ondersteuning**

Sportmediese personeel moet goeie rapport met hul kliënte vestig en moet poog om 'n sterk sosiale ondersteuningsstelsel tot stand te bring. Afrigters kan sodoende op hoogte gehou word van sportlui se rehabilitasie-afsprake. Die afrigters kan dan besluit of hulle self of 'n sekere spanlid die beseerde moet besoek om na sy/haar welstand en vordering uit te vra. Portuurmodellering waar 'n beseerde sportpersoon kontak met 'n suksesvol gerehabiliteerde sportpersoon maak, blyk ook rehabilitasiedeelnemers te verhoog (Fisher, 1990).

Die effek en aard van pyn sal in die volgende afdeling bespreek word.

2.7 Pyn en pynbeheer

Pyn is kompleks en 'n alomteenwoordige uitdaging vir die sportpersoon. Die wyse waarvolgens pyn hanteer word beïnvloed sportprestasie, beseringsrisiko, beserings-rehabilitasie en dus sukses as sportpersoon oor die algemeen. Effektiewe rehabilitasie vereis 'n deeglike begrip van die tweeledige interaksie van sielkundige en biologiese invloede wat met pyn en beserings gepaard gaan. Behandeling word gefassiliteer deur 'n omvattende evaluasie, sensitiwiteit vir die betekenis van die pyn vir die sportpersoon, en 'n sielkundig gebaseerde benadering (Heil & Fine, 1993).

Beecher (1956) het gevind dat daar nie 'n afhanklike verband tussen die erns van 'n wond en die ervaarde pyn bestaan nie. Die graad van lyding is 'n refleksie van die betekenis van die pyn vir die pasiënt.

Die oorwinning oor pyn is in vele opsigte 'n uitdaging vir 'n sportpersoon. Die pyn wat ervaar word kan volgens Heil en Fine (1993) soos volg onderskei word:

- Roetine uitvoeringspyn
- Las van kleinere skete en seerheid
- Intense pyn wat met skielike ernstige beserings saamgaan

- Pyn geassosieer met die geswoeg tydens rehabilitasie
- Die onsekerheid van chroniese pyn

Gesondheidspersoneel moet sportlui help om die roetine pyn en pyn geassosieer met die besering te hanteer. Sportlui moet gehelp word om tussen die twee te kan onderskei en daarom is 'n deeglike kennis van die aard van die biologiese en sielkundige onderlae van pyn nodig (Heil & Fine, 1993).

2.7.1 Die biopsigologiese aard van pyn

Die biopsigologiese aard van pyn word duidelik gereflekteer in 'n definisie van pyn soos deur die *International Association for the Study of Pain* voorgestel (Merskey, 1986). Pyn word in die definisie as beide 'n sensoriese en emosionele ervaring gedefinieer. Die neiging is egter nog steeds om pyn eerder te definieer as of fisies of geestelik, of as werklik of slegs in jou kop. Hierdie oorvereenvoudiging mislei sportlui (Heil & Fine, 1993).

Die biologiese en sielkundige faktore betrokke by die ervaring en belewing van pyn, sal hierna afsonderlik bespreek word.

2.7.1.1 Biologiese faktore

Die sensasie, geleiding en persepsie van pyn is die funksie van 'n eiesoortige afdeling van die senuweestelsel, naamlik die nosioseptiewe sisteem. Nosiosepsie is 'n proses wat bestaan uit verskillende trappe en wat gebou is op komplekse anatomiese netwerke en chemiese mediators wat die fundamentele onderlae van die pynervaring uitmaak (Heil & Fine, 1993).

Pyn word deur die aktivering van twee identifiseerbare stelle reseptore, naamlik hoë drumpel meganoreseptore en polimodale nosioseptore veroorsaak. Hoë drumpel meganoreseptore repondeer op sterk meganiese stimuli wat pynseine teen 'n relatiewe

spoed gelei. In kontras repondeer polimodale nosioseptore met die hoë drumpel meganoreseptore op warm/termiese, chemiese en meganiese stimuli, en is relatief stadig in die geleiding van die sensasie. Die polimodale nosioseptore hou vir 'n redelike tyd na die staking van die pynontlokkende stimulus aan met vuur. Die polimodale nosioseptore het ook 'n laer drumpel van respons wanneer blootstelling aan 'n soortgelyke stimuli plaasvind. Die proses bekend as sensitisasie kan tot verhoogde sensitiwiteit tot pynveroorakende stimuli lei, asook tot pyn in respons tot gewone nie-pynvolle stimuli (Heil & Fine, 1993).

Sensitisasie sal hoofsaaklik voorkom wanneer herhaaldelike blootstelling aan kwaai pyn oor etlike dae of weke geskied. Aanhoudende pynsindrome, soos miofaskiale pyn en simpaties-onderhoudende pyn, blyk om hul oorsprong in dié proses te hê. Miofaskiale pynsindroom is 'n muskulêre-skelet disfunksionering met teerheidspunte wat, indien geaktiveer, pyn verwys (Fine & Petty, 1986). Simpaties-onderhoudende pyn kom meestal in die arms of bene voor. Hierdie sindroom word gekenmerk deur hipersensitiwiteit van die vel en 'n spontane brandpyn wat blyk refleksief deur die simpatiese senuweesisteem geaktiveer te word (Roberts, 1986). Hierdie sindrome ontwikkel soos wat die nosioseptiewe sisteem op 'n nuwe wyse tot ou of volgehoue pynstimuli reageer (Heil & Fine, 1993).

Pynstimuli word via die perifere senuwees na die werwelkolom gelei, wat as neurosensoriese wisselingstasie dien. Pyn, ander sensoriese stimuli van die periferestelsel, asook inligting wat sentraal vanaf die brein ontvang word, loop saam tot by gemeenskaplike neurosensoriese bane. Ondersoeke na hierdie interaksie het aanleiding gegee tot die ontwikkeling van die *Gate Control Theory* van pyn (Melzack & Wall, 1965). Dié teorie stel voor dat die prosesseringskerne in die werwelkolom die intensiteit van pyn as 'n neuro-elektriese fenomeen òf kan verminder òf vermeerder en sodoende resulteer in die persepsie van relatief minder of meer pyn in plaas van die pyn wat aanvanklik gesien is.

Die proses van modulasie van pyn blyk ook by ander lokalisasies in die nosioseptiewe sisteem plaas te vind. Die gemoduleerde pynseine beweeg dan langs verskeie geleidings-

bane na die brein. Inligting word dan teen verskillende snelhede en gerigtheid tot hoër kortikale kerne oorgedra. 'n Sensoriese, asook emosioneel-reaktiewe komponent word gelei. Die finale pynpersepsie is gebaseer op die totale insette vanaf verskeie breinsentra insluitende die dele wat emosie en kennis bedien. Pyn verkry dus van sy betekenis vanuit vorige ervaring en die huidige geestesingesteldheid (Heil & Fine, 1993).

Wanneer pyn as 'n persepsie registreer, gee dit aanleiding tot 'n menigte elektrochemiese gebeurtenisse via terugvoerbane binne die nosioseptiewe en outonome sensoriesisteme wat die gevolglike pynoordrag en sielkundige status beïnvloed. Hierdie terugvoersisteme word direk deur die begin van die pynveroorsakende stimuli geaktiveer. Alhoewel hierdie sisteem in die fisiologie gesetel is, veroorsaak dit potensieel 'n wye verskeidenheid van sielkundige gevolge (Heil & Fine, 1993).

2.7.1.2 Sielkundige faktore

Sodra die persepsie van pyn beleef word, word pyn 'n meer sielkundige fenomeen wat oor intra-psigiese en sosiale komponente beskik. 'n Persepsie gee aanleiding tot 'n sielkundig-gedrewe ketting van reaktiewe gebeurtenisse waarvan die doel is om betekenis aan die pyn te heg. Hierdie komplekse proses verskaf 'n interpretasie wat beïnvloed word deur vorige ervaring en die huidige omstandighede en beskik oor kognitiewe en emosionele komponente. Pyn is 'n private intra-psigiese ervaring (Heil & Fine, 1993).

Wanneer pyn deel van sosiale kommunikasie word (byvoorbeeld 'n verbale aanmelding van pyn of 'n nie-verbale vertoning daarvan), verkry dit 'n bykomende betekenis. 'n Bykomende element van betekenis kom te voorskyn soos wat betekenisvolle ander persone op die sportpersoon se uitdrukking van pyn reageer (Heil & Fine, 1993). Die belangrikheid van die sosiale komponent in pyn het gelei tot die karakterisering van pyn as 'n biopsigososiale fenomeen (Fordyce, 1988).

Die eenvoudigste begrip van pyn behels kennis oor die lokalisering, intensiteit en sensoriese tipe. Pyn verkry betekenis soos wat die basiese inligting geëvalueer word in die lig

van die funksionele beperkinge op fisieke vermoë, herinneringe aan soortgelyke pynvolle gebeurtenisse en die assessering van die impak op die huidige en toekomstige aktiwiteite. Die belangrikste element van betekenis is die aanvaarde status van pyn as onskadelik, of as 'n teken van besering. 'n Gelyktydige ontwikkelende emosionele begrip inkorporeer kognitief evaluerende inligting en lei tot 'n respons op 'n kontinuum wat wissel van verligting tot ongemak. 'n Mate van vrees, angstigheid en 'n gevoel van verlies kan op ongemak volg (Heil & Fine, 1993).

Die kognitief-emosionele begrip van pyn lei tot aksie. Sielkundige hanteringswedywering word intra-psigies veroorsaak. Aksies in die vorm van die aanmelding van pyn en die demonstrasie van beperkinge aan funksionele aktiwiteit gee aan pyn 'n sosiale betekenis. Die wyse waarop pyn deur die sportpersoon geopenbaar word, is 'n belangrike determinant vir die wyse waarop ander reageer. Die reaksie van ander word verder deur faktore soos kulturele verskille en spesifieke verwagtinge van 'n gegewe sportomgewing beïnvloed (Heil & Fine, 1993).

Soos wat pyn betekenis verkry, styg die kompleksiteit daarvan as gevolg van die invloed van die sosiale en sielkundige faktore. Pyn kan dus positief beleef word as 'n verbygaande fenomeen, of dit kan patologiese afmetings aanneem en tot hoogs ontwrigtende, lewensveranderlike gevolge lei (Heil & Fine, 1993).

2.7.1.3 Pynevaluasie

Pyn is 'n komplekse multidimensionele fenomeen (Heil & Fine, 1993). Tydens evaluasie moet die volgende aangeraak word:

- Die omstandighede gepaardgaande met die besering
- Die sportpersoon se reaksie op die besering.

Hoe meer kompleks die omstandighede en hoe meer subjektiewe ongemak ervaar word, hoe belangriker is 'n omvattende evaluasie (Heil & Fine, 1993).

Die basis van pynevaluasie is die sportpersoon se subjektiewe rapportering van die pynintensiteit (byvoorbeeld soos gemeet op 'n skaal van 1 tot 10) en kwaliteit (byvoorbeeld brand-, steek-, elektriese gevoel). Die evaluasie van pyn op 'n 1 tot 10-skaal is toepaslik op verskeie pynsituasies. Metings kan verkry word van die gemiddelde daaglikse pyn, die ergste pyn en die minste pyn. Die skaal help ook in die identifisering van die spesifieke faktore of situasies wat tot 'n verhoging en verlaging van die ervaring van pyn lei. Hierdie rigting van ondersoek verskaf insig omtrent die uitdagings wat die sportpersoon in sport, rehabilitasie en in die daaglikse lewe moet trotseer. Dit verskaf ook perspektief op die sportpersoon se hanteringsmetodes en hoe effektief hulle is (Heil & Fine, 1993).

Die spesifieke betekenis wat die sportpersoon aan die pyn heg en hoe dit sy/haar gedrag beïnvloed is belangrik. 'n Sportpersoon kan roetine-pyn wat met rehabilitasie gepaard gaan, verkeerd interpreteer en dit eerder as 'n aanduiding van herbesering beskou. Dit kan daartoe lei dat hy/sy nie meer sekere oefeninge doen nie, die behandelingspan blameer en naderhand nie meer aan die rehabilitasie deelneem nie (Heil & Fine, 1993).

Hoe ernstiger, chronies of langdurig die pyn, hoe groter raak die rol wat faktore soos aandag, verwagtinge, outonومiese opwekking en spierspanning speel (Fordyce, 1988). Na 'n tydperk neig die klagtes wat met pyn verbandhou meer 'n refleksie van algehele ongemak te wees. 'n Aanduiding word verkry van die lyding wat die pyn veroorsaak en van die ongemak wat as gevolg daarvan verduur word (Heil & Fine, 1993).

Daar bestaan 'n geneigdheid om die sportpersoon se opregtheid te bevraagteken en sy/haar pynklagtes uit te daag indien daar 'n inkonsekwentheid in sy/haar gedrag en aanmelding van pyn voorkom. Hierdie strategie is ongewens omdat daar potensieel meer verloor as gewen gaan word, veral ten opsigte van behandelingsvertroue en rapport. Soos wat die pyn voortduur, raak dit meer situasie-spesifiek. Die pyn kan deur omstandighede soos vrees, angs, of tekort aan selfvertroue veroorsaak word, onafhanklik van die teenwoordigheid van weefselbeserings. Daar word onder hierdie omstandighede aanbeveel dat die sportpersoon se pynklagtes steeds as 'n aanduiding van 'n werklike probleem

beskou word. Daar moet gepoog word om die pyn as 'n biopsigososiale probleem te verstaan (Heil & Fine, 1993).

Die bron van probleme wat met pyn verbandhou, spruit dikwels uit versteurde kognitiewe skemata. Laasgenoemde verwys na waninterpretasies van die besering en is gewortel in die swak begrip van pyn en die herstelproses. 'n Werklike probleem ontstaan wanneer die perspektiewe van die beseerde sportpersoon en die behandelingspan van mekaar verskil (Heil & Fine, 1993).

Die evaluasie van die beseerde sportpersoon begin met 'n fokus op die begrip van pyn as 'n normale gevolg van beserings. Indien probleme ontwikkel is dit raadsaam om die perspektief toe te lig met 'n sekondêre fokus op die aanpassingsprobleme veroorsaak deur halsstarrige pyn of nie-helende beserings (Heil & Fine, 1993).

2.7.1.4 Pynbestuur

Verskeie terapeutiese insette, onder andere ys, ultraklank, elektriese stimulasie, massering, medikasie en akupunktuur word in pynbeheer toegepas. Beserings en pyn betrek ook die sielkundige komponent deurdat hanteringsvaardighede gemobiliseer word. Die sportpersoon se hantering van die besering is gewoonlik effektief en die herstelproses duur sonder enige komplikasies voort. Sielkundige probleme kan egter soms voorkom en daarom word 'n sielkundige komponent in die rehabilitasie van beide roetine en gekompliseerde beserings aanbeveel (Heil & Fine, 1993).

Sielkundige rehabilitasie wat die spoed van herstel versnel en die sportpersoon se gevoel van welstand versterk, is op vier pilare gebou. Hierdie pilare verwys na opvoeding, doelwitstelling, sosiale ondersteuning en geestesopleiding. Laasgenoemde is geleë binne die veld van sielkunde en het betrekking op pynkontrole, stresbestuur en geestelike gereedheid om na kompeterende sport terug te keer. Samewerking tussen die rehabilitasiekundige en die sielkundige sal die effektiwiteit van intervensies versterk (Heil & Fine, 1993).

Vier klasse pynhanteringsmetodes is geïdentifiseer. Hierdie klasse word soos volg gedefinieer: die sportpersoon kan 'n keuse maak om op of weg van beide sport en pyn gelyktydig te fokus, of hy/sy kan 'n onderskeid in aandag tussen sport en pyn maak. Die oefenkundige moet egter 'n onderskeid tussen roetine pyn en tekens van herbesering tref. Die oefenkundige moet ook 'n relatief veilige vlak van fisieke aktiwiteit identifiseer en moet effektiewe gedrag positief versterk (Heil & Fine, 1993).

Onmiddellik na die opdoen van die besering moet, te midde van die potensiële pyn en vrees vir besering, 'n atmosfeer gekenmerk deur kalmte en sekuriteit geskep word. Wanneer die rehabilitasie begin moet die terapeut die rol van opvoeder inneem en die aard van die besering, asook die hoekom en hoe van rehabilitasie omskryf. Tydens behandelings-terugvalle is dit belangrik om die sportpersoon aan te moedig en hom/haar te help verstaan hoe om voort te gaan om suksesvolle rehabilitasie te verseker. Die terapeut moet die sportpersoon se teleurstelling en ongemak erken indien hy/sy 'n onvermoë toon om na spel terug te keer. Die oorsaak van die probleem moet bepaal word en aanpassings tot die behandelingsprogramme en hersteltye moet dienoreenkomstig gemaak word. Daar moet altyd gepoog word om die sportpersoon se vertroue te behou (Heil & Fine, 1993).

HOOFTUK 3

NAVORSINGSMETODOLOGIE

3.1 Inleiding

Die hoofstuk begin met 'n verduideliking van die navorsingstrategie wat toegepas is en word gevolg deur 'n beskrywing van die toetsing wat by die studie betrek is. Die volgende prosedures wat gevolg is word ook behandel:

- Ontwikkeling van onderhoudsriglyn
- Implimentering van die studie
- Kodering van data
- Data-analise.

3.2 Navorsingstrategie

In dié afdeling word algemene oorwegings ten opsigte van die keuse van 'n navorsingstrategie bespreek, asook voorbeelde van studies wat 'n kwalitatiewe metode in ondersoek rakende die sportsielkunde gevolg het. Marshall en Rossman (1995) het die waarde van hul studie beklemtoon deur aan te dui hoe hul studie verwant is aan vorige studies en vorige geïdentifiseerde fenomene.

3.2.1 Algemene oorwegings

Lofland (1971) meld dat daar vier verskillende riglyne vir die doen van kwalitatiewe navorsing bestaan. Hy identifiseer hulle as volg:

- Die navorser moet naby genoeg aan die persone en situasie wat bestudeer word kom, sodat hy/sy self die detail van die gebeurtenisse in diepte verstaan.

- Daar moet gepoog word om dit wat werklik gebeur en dit wat persone werklik sê, dit wil sê die veronderstelde feite, te identifiseer.
- Kwalitatiewe data moet grootliks uit die beskrywing van mense, aktiwiteite, interaksies en omstandighede bestaan.
- Kwalitatiewe data moet direkte aanhalings van toetslinge bevat.

3.2.2 Die waarde van kwalitatiewe teenoor kwantitatiewe navorsingsmetodes

Die reëls van kwalitatiewe data-analise is minder streng as dié van kwantitatiewe analises (Krane *et al.*, 1997). Kwalitatiewe navorsingsmetodes laat die navorser toe om sekere geselekteerde vraagstukke in diepte te bestudeer. Die doen van veldwerk sonder inperking deur voorafbepaalde analise-kategorieë dra by tot die diepte en openheid van kwalitatiewe ondersoeke.

Kwantitatiewe metodes vereis die gebruik van gestandaardiseerde meetmiddels om sodoende die verskillende perspektiewe en ervarings van mense binne 'n beperkte aantal voorafbepaalde genommerde responskategorieë in te pas. Die voordeel van 'n kwantitatiewe benadering behels dat dit moontlik is om 'n groot groep persone se reaksies volgens 'n beperkte stel vrae te meet. Die vergelyking van verskillende groepe se response is dus moontlik. Kwalitatiewe studies gee aanleiding tot die verkryging van 'n rykdom van gedetailleerde inligting aangaande 'n heelwat kleiner aantal mense. Die begrip van die bestudeerde vraagstuk word verhoog, maar die veralgemeenbaarheid van die studie verminder (Patton, 1990).

Die geldigheid van kwantitatiewe navorsing is afhanklik van noukeurige instrumentsamestelling. Daar moet noukeurig bepaal word of die instrument wel meet wat dit veronderstel is om te meet. Die instrument moet dan ook volgens 'n sekere vasgestelde gestandaardiseerde wyse geadministreer word (Patton, 1990).

Die geldigheid van kwalitatiewe navorsing word grootliks deur die navorser self bepaal. Die geldigheid word dus in 'n hoë mate deur die persoon se vaardigheid, vermoë en geesdrif bepaal (Patton, 1990).

Kwantitatiewe metings is geskik vir analises, omdat hulle sistematies en gestandaardiseerd is. Kwalitatiewe bevindinge is egter meer omslagtig, gedetailleerd en verskillend wat inhoud betref. Die analise van kwalitatiewe data is moeiliker omdat die response nie sistematies of gestandaardiseerd is nie. Die respons tot oopeinde-vrae laat egter toe dat die leefwêreld van toetslinge, soos wat hulle dit konstrueer, verstaan word. Die doel van die inwin van response op oopeinde-vrae is om die navorser in staat te stel om hulle te verstaan en op te teken soos wat ander hulle sien, sonder die voorafvasgestelde kriteria wat deur vraelyskategorieë bepaal word (Patton, 1990).

Direkte aanhalings is 'n bron van roudata. Persepsies, ervarings en gedagtes wat handel oor hoe dit wat gebeur geïnterpreteer word, asook die diepte van emosie en hoe die wêreld georganiseer word, word in aanhalings vervat. Dit is die taak van die navorser om 'n raamwerk te verskaf waarbinne hierdie persone op so 'n wyse kan respondeer dat hulle opinie van die wêreld akkuraat weergegee kan word (Patton, 1990).

Hierdie studie fokus juis op die eiesoortige belewenis van beserings. Daar word gepoog om die effek van die besering op die sportpersoon te verstaan, asook om die betekenis wat die persoon daaraan heg, te begryp. Polkinghorne (1989) het dan ook aangetoon dat 'n ongestruktureerde onderhoud 'n tipiese fenomenologiese navorsingsmetode is. Die rykdom aan reaksies van beseerde sportlui kan slegs binne die raamwerk van kwalitatiewe navorsing meer volledig verstaan word.

3.2.3 Fases en beginsels van kwalitatiewe navorsing

Die volgende fases en beginsels is op grond van Jackson (1995), Krane *et al.* (1997), Kvale (1996) en Patton (1990) omtrent die gebruik van kwalitatiewe navorsing geïdentifiseer:

- **Tematisering**

Tydens hierdie fase word die doel van 'n ondersoek geformuleer en word die konsep van die onderwerp omskryf. Die “wie” en “wat” van die ondersoek moet uitgeklaar wees voordat die metode, “hoe” aangespreek word. Die onderwerp bepaal die navorsingsmetode.

- **Navorsingsontwerp**

Die navorsingsontwerp word beplan om die verlangde kennis in te win en die morele implikasies in ag te neem. Die metode van ondersoek kan bestaan uit die voer van onderhoude en/of uit observasie.

- **Data-invordering**

- Onderhoude word volgens 'n onderhoudsgids gevoer. Die gids kan halfgestruktureerd of gestruktureerd wees. Daar is uitsluitlik van halfgestruktureerde, individuele onderhoude in die studie gebruik gemaak.
- Observasie datalyste.
- Data kan vanuit verskeie bronne, insluitende programdokumente, rekords, biografieë, outobiografieë, joernale en koerantuitknipsels verkry word.

- **Transkribering**

Die onderhoudsmateriaal word vir analise voorberei. In hierdie studie het dit die transkribering van bandopnames na geskrewe teks behels.

- **Analiserings**

Die wyse van analiserings sal deur die tema en doel van die studie, asook die aard van die onderhoudsmateriaal, metode van data-insameling en geskikste metode van analise bepaal word. Sistematiese en deeglik beplande analyses word vanuit die navorsingsvraag ontwikkel. Elke tegniek kan effektief aangewend word. Die procedure affekteer nie direk die waarde van die studie nie en is slegs 'n wyse waarvolgens die navorsers met hul data werk. Daar kan nie van kwalitatiewe navorsers verwag

word om dieselfde prosedure te volg nie. Die NUD*IST rekenaarprogram wat spesifiek vir die bestuur van kwalitatiewe navorsing ontwikkel is, sal gebruik word.

- Verifiëring

Dié fase behels die versekering van veralgemeenbaarheid, betroubaarheid en geldigheid. Betroubaarheid verwys na hoe konsekwent die resultate is. Geldigheid verwys na die vraag of die studie juis dit ondersoek het wat aanvanklik onderneem is om ondersoek te word. Betroubaarheidsprosedures word geïmplimenteer om die geloofwaardigheid van die data te bevestig.

- Rapportering

Die bevindinge van die studie asook die toegepaste metodes word weergegee in 'n formaat wat aan wetenskaplike kriteria voldoen. Etiese aspekte moet in ag geneem word en die resultate moet in 'n leesbare produk vervat word. Die volgende word vir die aanbod van kwalitatiewe data voorgestel:

1. Verskaf genoeg inligting om aan te toon hoe sekere gevolgtrekkings bereik is.
2. Die verskaffing van meer primêre data en minder analise is soms gewens. Die deelnemers word sodoende toegelaat om vir hulself te praat (Wolcott, 1990).
3. 'n Belangrike aanname van kwalitatiewe analyses is dat kennis sosiaal-gebaseer is. Dié perspektief erken die bestaan van meervoudige waarhede voortspruitend uit verskillende sosiokulturele situasies soos deur individue beleef (Collins, 1991). Dit is belangrik om 'n analise vanuit die toetslinge se perspektief te loods om sodoende die verskillende standpunte te verstaan en te interpreteer. Verskillende waarhede word so erken en deelnemers se ervarings word in hul eie woorde uitgedruk (Opie, 1992).
4. Die aanbod van primêre data laat die deelnemers in die studie toe om 'n ryk bron van inligting, verwyder van die navorser se interpretasies, te verskaf.

5. Die navorsers se analise en interpretasie kan hierna volg. Hierdie prosedure sal resulteer in die identifisering en erkenning van meervoudige perspektiewe van al die deelnemers en die navorser. Die lesers kan sodoende dan al die perspektiewe in hul interpretasie van die studie oorweeg.

3.2.4 Metodes om geloofwaardigheid van data te vestig

Die volgende metodes is geïdentifiseer om geloofwaardigheid van data te vestig:

- **Driehoekige konsensus**

Om subjektiwiteit te bekamp word die insluiting van navorsers wat konsensus bereik het oor die kodering van die data voorgestel. Dit staan bekend as driehoekige konsensus (Krane *et al.*, 1997). Indien almal dieselfde standpunt huldig, kan laasgenoemde prosedure egter die subjektiwiteit verhoog. Die gedagte is om data op meer as een wyse in te samel om sodoende steun vir die gegenereerde bevindinge te verskaf. Dit kan gedoen word deur meer as een persoon by die data-analiseproses te betrek en te strew na eenstemmige geldigverklaring. 'n Ander opsie is dataversameling deur meer as een metode, byvoorbeeld onderhoude en vraelyste, of onderhoude en observasie (Patton, 1990). Driehoekige konsensus is in hierdie studie as metode gebruik om die geloofwaardigheid van die data te verseker.

- **Ryk (omvattende) beskrywing**

Volgens Patton (1990) is navorsers verplig om metodologies genoegsame detail omtrent dataversameling en die analise-proses te beskryf om sodoende ander toe te laat om die kwaliteit van die studie te evalueer. Skryfvaardighede is belangrik. Die navorser moet poog om die rykheid en detail van inligting wat verkry is, weer te gee.

- **Reflektiewe joernaal**

Lincoln en Guba (1985) beveel aan dat die navorser rekord hou van homself en die studiemetode. Hierdie inligting kan gebruik word om die geloofwaardigheid van die navorser en die metodologiese besluit wat geneem is, te bepaal. Dit help die navorser

om na te dink oor vorige besluite wat gedurende die navorsingsproses gemaak is en is veral van hulp indien toekomstige navorsingsrigtings bepaal moet word.

- **Ontwerptoetsing**

Patton (1990) beklemtoon dat die data en metode in konteks beskou moet word by die neerstip van resultate en wanneer ekstrapolasie vanaf die studie beplan word. Gevolgtrekkings wat gemaak word moet beperk bly tot die persoon op wie en die konteks en doel waarop die data toepaslik is. Wolcott (1990) stel dit duidelik dat kwalitatiewe navorsers beter daaraan toe is indien hul die lesers herinner dat die data-bronne beperk was, eerder as om te impliseer dat alle beweringe geverifieer en alle feite nagegaan is.

- **Eweknie-ondervraer**

Lincoln en Guba (1985:308) beskryf die proses as volg:

... a process of exposing oneself to a disinterested peer in a manner paralleling an analytic session and for the purpose of exploring aspects of the inquiry that might otherwise remain only implicit within the inquirer's mind.

'n Eweknie-ondervraer verskaf 'n eksterne toetsing van die ondervragingsproses. Dit kan behels die suiwering van interpretasies en besluite soos deur die navorser gemaak; die ondersoek na enige bevooroordeling en vertolking van die rol van duiwelsadvokaat. Marshall en Rossman (1995) stel voor dat 'n navorsingskollega as duiwelsadvokaat dien en dat hy/sy die analise krities evalueer. Iemand met kennis van metodologiese vraagstukke en aktuele kennis van die studieterrein, maar wat andersins nie by die studie betrokke is nie, is veral geskik om die posisie te beklee.

- **Oudit-toetsing**

Lincoln en Guba (1985) stel voor dat 'n persoon wat nie by die studie betrokke is nie, maar wat oor kennis van die inhoud en studieveld beskik, 'n formele evaluasie doen

van alle geskrewe aspekte van die proses, insluitende die transkribering, joernale en die finale, geskrewe tesis.

3.2.5 Aspekte wat die data-prosessering kan beïnvloed

Ras- en kultuurverskille kan 'n impak op die data sowel as op die interpretasie daarvan hê. Die voer van 'n gesprek in 'n tweede taal, gekombineer met kulturele verskille, kan die interaksie tussen die navorser en die toetslinge bemoeilik. Dit kan verder aanleiding gee tot misinterpretasie. Hierdie navorser is egter van mening dat ten spyte van kulturele en taalgrense, daar steeds 'n groot mate van wedersydse vertroue en begrip by beide partye aanwesig was.

Die effek wat die navorser self op die proses van dataversameling en data-interpretasie kan hê, moet oorweeg word. Die navorser kan die bevindinge op vier maniere beïnvloed, naamlik:

- Die reaksie van die toetslinge op die navorser
- Veranderinge in die navorser (houding, tipe vrae gevra)
- Die predisposisie en voorkeure van die navorser
- Die navorser se onvermoë.

Bogenoemde impliseer dat die navorser daarop ingestel moet wees om die regte inligting weer te gee en sodoende te verseker dat die navorsing van hoë gehalte is.

3.3 *Vorige navorsing*

Kwalitatiewe metodologie is 'n benadering wat geskik blyk te wees om die rykdom en kompleksiteit van individuele ervarings te ondervang (Brewer, 1994). Rose en Jevne (1993) het een van die min kwalitatiewe studies oor atlete se reaksie op beserings gedoen. Hierdie studie was egter beperk tot sewe toetslinge wat beide chroniese en akute beserings ervaar het en wat vir 'n minimum van sewe dae van sportdeelname weerhou is. Die

betekenisvolle heterogeniteit wat teenwoordig is in die betrokke studie, asook die tipe besering en ernstigheidsgraad in ag geneem, maak dit moeilik om duidelike gevolgtrekkings rakende die gebruik van die ontwikkelde model te maak.

Udry, Gould, Bridges en Beck (1997) het navorsing gedoen oor:

- die sielkundige response tot seisoenbeëindigende beserings
- die langtermyn voordele wat sportlui veronderstel was om as gevolg van die besering te verkry.

In-diepte onderhoude is gevoer met 21 lede van die VSA se ski-span wat beserings tydens die kompetisieseisoene van 1990 tot 1994 opgedoen het (Udry *et al.*, 1997). Die data was geanaliseer volgens die inhoud-analiseprosedure soos deur Scanlan, Stein, en Ravizza (1989) omskryf.

Udry *et al.* (1997) se onderhoudgids het uit die volgende afdelings bestaan, naamlik:

- agtergrondsinsigting
- onmiddellike en langtermyn beseringsreaksie
- spesifieke stresbronne en blokkasies tydens die herstelproses beleef
- faktore wat herstel fasiliteer het
- hanteringstrategieë wat gebruik is in die hantering van beseringsverwante stres
- verhoudings met belangrike ander gedurende die beseringsherstelproses
- aanbevelings vir ander beseerde atlete.

Die eerste beperkinge van die studie was dat dit gestruktureerd was. Daar was dus 'n beperking op die rykdom van moontlike belewenisse. Hierdie navorsing het nie spesifiek na die voorbeseringstadium gekyk om moontlike aanleidende faktore tot die opdoen van beserings te identifiseer nie. Die emosionele belewenis volgens die fases van beseringsbestuur is ook onbekend. Die populasie was heterogeen van aard deurdat almal aan 'n hoë risiko, geen kontak, individuele sportsoort, naamlik ski, deelgeneem het.

In die onderhawige studie word ook die sielkundige reaksie op beserings ondersoek. Soos gemeld word daar 'n duidelike onderskeid tussen die verskillende fases van beseringsbestuur getref. Die navorser is van mening dat daar meer potensiaal in dié benadering is, as in die een wat deur Udry *et al.* (1997) toegepas is. Sportlui sal dus die geleentheid kry om indringend na elke fase in die siklus van beseringshantering te kyk en daarvolgens te reageer. Die fases behels die volgende:

- Voorbeseringsfase
- Beseringsfase
- Behandelingsbesluite- en beplanningsfase
- Vroeë-rehabilitasiefase
- Laat-rehabilitasiefase
- Terugkeer na kompeterende sport.

'n Verskeidenheid van ouderdomsgroepe, asook sportsoorte en geslagte word by die ondersoek betrek. Die ondersoek het egter soos Udry *et al.* (1997) ook voordele verbonde aan beseer wees geïdentifiseer en raad vir ander beseerdes hieruit afgelei.

3.4 Procedure

Die prosedure in die samestelling van die onderhoudsgids en die inwin van data word vervolgens bespreek.

3.4.1 Die navorser se beseringsagtergrond

Die navorser het sy eie ervaring met beserings ondersoek. Hy was aanvanklik betrokke by padwedlope, maar het weens valskermsspronge sy knieë so erg beseer dat dit nou onmoontlik is om hardloop-verwante aktiwiteite intensief te beoefen. Die navorser het self deur 'n proses van aanpassing gegaan. Sy reaksie was gekenmerk deur teleurstelling, asook neerslagtigheid. Die emosionele impak van die situasie het verander toe hy egter sy energie geherkanaliseer het en 'n ander sportsoort, naamlik gholf, begin beoefen het.

Hierdie persoonlike ervaring is ontleed en daar is deur die proses van driehoekige konsensus verseker dat dit nie sy benadering tot die data affekteer nie.

3.4.2 Ontwikkeling van die onderhoudsriglyn

'n Deeglike literatuurstudie is gedoen. Krane *et al.* (1997) meld dat dit onrealities is om van navorsers te verwag om 'n studie sonder enige voorafgaande kennis aangaande die fenomeen, naamlik die kognitiewe en emosionele belewing van beserings, te oorweeg. Kwalitatiewe navorsers word aangemoedig om hul bevooroordeeldheid te erken en om dit rasioneel en toepaslik in hul navorsing aan te spreek. Voorafgaande kennis moet egter nie die kategorisering van data beïnvloed nie.

'n Aanvanklike gestruktureerde vraelys met meer as 50 vrae, relevant tot die reaksie op beserings, is ontwikkel. Hierdie gestruktureerde vraelys sou data-analising vergemaklik het, maar sou volgens Patton (1990) dan ook die rykheid van die data ingeperk het.

3.4.3 Loodsstudie

'n Loodsstudie van twee onderhoude is gedoen om te bepaal of die gestruktureerde onderhoudsvraelys wel effektief sou wees. Die navorser het bevind dat die gestruktureerdheid die response van die beseerde atleet geweldig ingeperk het; verdere ondersoekende en ophelderingsvrae kon nie werklik geakkommodeer word nie; en die gestruktureerde onderhoud het die vloei van die onderhoud beperk en so die kwaliteit van die interaksie belemmer. Die beseerde persone het ook dikwels spontaan inligting meegedeel wat hul van belang geag het en wat byvoorbeeld nie gevra is nie, of wat wel by latere vrae gevra sou word.

Die gestruktureerde onderhoudsvraelys is terselfdertyd aan vier mede-sportsielkundiges voorgelê. Daar is aangedui dat die onderhoudsriglyn te veel vrae bevat en dat slegs vrae wat betrekking het op die navorsingsvraag ingesluit moet word.

3.4.4 Verdere verfyning van onderhoudsgids

Die navorser het besluit om die onderhoudsgids verder te verfyn en om dit slegs as halfgestruktureerd te ontwikkel. Die produk is aan vier geregistreerde sielkundiges voorgelê om te verseker dat die inhoud wel die aspekte van kennisies en emosies effektief sou kon aanspreek. Die reaksie op beserings is toe volgens die fases van beseringsbestuur soos voorgestel deur Heil en Fine (1993), gekategoriseer. 'n Voorbeeld van die halfgestruktureerde onderhoudsriglyn verskyn in bylae A.

3.4.5 Data-insameling

Die half-gestruktureerde onderhoudsgids is hierna gefinaliseer en afsprake is vir onderhoude geskeduleer.

Die sportburo's van die Universiteit van die Oranje-Vrystaat en Vrystaat Technikon, asook sekere prominente afrigters, klubs en skole is genader vir die identifisering van moontlike toetslinge. Daar is geweldig gesukkel om gepaste swart sportvroue te betrek.

Sportlui is geskakel en daar is gereël om die onderhoud te voer waar dit vir hul die mees geleë en maklikste was.

Tydens die onderhoude is dieselfde proses gevolg. Die volgende vrae is inleidend bespreek:

- Doel van die onderhoud
- Watter tipe vrae die persoon te wagte kon wees
- Vir wie die inligting was
- Hoe die inligting hanteer sou word, insluitende vertroulikheid
- Hoe die inligting verkry aangewend sou word.

Die inleidende gesprek is afgesluit met 'n aanduiding dat die onderhoudvoerder graag beserings vanuit die persoon se verwysingsraamwerk wou verstaan. Daar is aangedui dat die unieke betekenis van die persoon se ervaring van beserings verlang word. Die persoon is versoek om die onderhoudvoerder te leer en te help verstaan.

Alvorens met die onderhoudsgids se vrae begin is, is almal versoek om 'n biografiese en toestemmingsbrief (sien bylae C) vir die gebruik van die data te teken.

Die bandspeler is aangeskakel toe daar met die halfgestruktureerde onderhoudsvrae begin is. Die onderhoud en bandopname is beëindig nadat die toetsling aangedui het dat hy/sy geen verdere inligting tot die onderhoud of tema wou byvoeg nie. Die duur van die onderhoude het gewissel tussen 35 minute en 90 minute.

Aan die einde van elke onderhoud is die verskafte inligting met dank erken.

Die toetslinge is ook per brief vir hul samewerking tydens die onderhoud bedank. 'n Riglyn vir die hantering van beserings is by die brief aangeheg.

Die bandopnames is vir verbatim transkribering geneem na 'n dame wat reeds 25 jaar as sekretaresse werk. Die dame is deeglik ingelig oor die verwagtinge van die kwalitatiewe onderhoude se data, asook die vereistes van die *QSR NUD*IST*-program.

Die getranskribeerde onderhoude is hierna gekodeer. 'n Tweede data-analiseerder is as deel van driehoekige konsensus betrek. Die volgende proses is met die kodering gevolg:

- Elke onderhoud is afsonderlik bestudeer en daar is vir sekere temas gesoek.
- Tydens die tweede stap het die twee data-analiseerders individueel 'n eie indekssisteem begin bou sodat al die inligting gekodeer kon word.

- Stap drie het 'n vergelyking van die indeksisteme behels. Daar was aanvanklik 'n 80% ooreenstemming. Waar verskille tussen die twee stelle data bestaan het, het hulle dit bespreek en gekorrigeer.
- Die volgende stap het die kodering van die onderhoude behels. Die analiseerders het elke onderhoud eers individueel gekodeer. Daarna is elke onderhoud gesamentlik deur albei die analiseerders gekodeer. Daar was 'n 81% ooreenstemming met die kodering. Waar die twee analiseerders verskil het, is die betrokke teksgedeelte weereens gekodeer en het hulle daarna konsensus bereik. Al die onderhoude is eers gekodeer alvorens daar met die data-analise begin is.

3.5 Toetslinge

Daar is aanvanklik besluit om slegs op sportlui wat internasionaal deelneem te fokus. Fondse was benodig om die elite sportlui wat aan sekere insluitingskriteria voldoen het vir onderhoude te besoek. SISA (*Sport Information and Science Agency*) het geld vir navorsing bewillig en aansoeke moes ingedien word. Die nodige prosedures is gevolg om vir die befondsing aansoek te doen.

Fakse is aan sewe nasionale sportfederasievoorsitters gestuur. Die inhoud het oor die doel van die studie gehandel en het hulle samewerking gevra rakende die verskaffing van kontaknommers van sportlui wat aan die genoemde kriteria voldoen het. Sien bylae B. Geen respons is verkry nie.

SISA kon weens administratiewe redes nie die nodige befondsing doen nie. Die gevolg was dat die navorser hom moes verlaat op sportlui wat binne sy onmiddellike omgewing beskikbaar was. Dit het daartoe gelei dat die studiepopulasie soos volg in Tabel 3 voorgestel kan word:

Tabel 3: Demografiese agtergrond van toetslinge

Persoon	Geslag	Ouderdom	Kultuur-agtergrond	Tipe sport	Vlak van Kompetisie
1	Man	23 jaar	Swart	Lae risiko geen kontak: individueel	Nasionaal
2	Man	38 jaar	Wit	Hoë risiko geen kontak: individueel	Internasionaal
3	Vrou	12 jaar	Wit	Lae risiko geen kontak: individueel	Internasionaal
4	Vrou	16 jaar	Wit	Lae risiko geen kontak: individueel	Nasionaal
5	Vrou	17 jaar	Wit	Lae risiko geen kontak: individueel	Nasionaal
6	Man	19 jaar	Swart	Lae risiko geen kontak: individueel	Internasionaal
7	Man	25 jaar	Bruin	Kontaksport	Provinsiaal
8	Man	20 jaar	Bruin	Kontaksport	Nasionaal
9	Man	27 jaar	Bruin	Lae risiko geen kontak: span	Nasionaal
10	Man	23 jaar	Wit	Kontaksport	Internasionaal
11	Man	28 jaar	Wit	Lae risiko geen kontak: individueel	Internasionaal
12	Vrou	31 jaar	Swart	Lae risiko geen kontak: individueel	Nasionaal
13	Man	26 jaar	Wit	Hoë risiko geen kontak: individueel	Internasionaal
14	Man	26 jaar	Wit	Kontaksport	Internasionaal
15	Man	19 jaar	Swart	Lae risiko geen kontak: individueel	Provinsiaal
16	Man	20 jaar	Swart	Lae risiko geen kontak: individueel	Nasionaal
17	Vrou	20 jaar	Wit	Lae risiko geen kontak: individueel	Provinsiaal
18	Man	18 jaar	Swart	Lae risiko geen kontak: individueel	Nasionaal
19	Vrou	15 jaar	Wit	Lae risiko geen kontak: individueel	Nasionaal
20	Vrou	22 jaar	Wit	Lae risiko geen kontak: individueel	Nasionaal
21	Vrou	20 jaar	Wit	Lae risiko geen kontak: individueel	Internasionaal

Die aanvanklike kriteria vir insluiting tot die studie het die volgende behels:

- Provinsiale, maar verkieslik nasionale en internasionale deelnemers
- Verteenwoordigend van enige kultuurgroep
- Verteenwoordigend van enige geslag
- Onvermoë om vir 'n minimum tydperk van ten minste drie maande deel te neem
- Persoon moes gedurende die afgelope vier jaar aan die bogenoemde kriteria voldoen het.

Die navorser het egter besluit om die laaste twee kriteria te wysig, aangesien drie internasionaal bekende sportlui andersins van die navorsing uitgesluit sou wees. Sy motivering vir die beslissing was gegrond op die aanname dat internasionale sportlui moontlik meer ervaring van beserings het en dat dit die geldigheid en betroubaarheid van die studie sou verhoog.

Die aanvanklike minimum tydperk van drie maande voor terugkeer tot deelname is na twee maande verkort. Die rede hiervoor spruit voort uit die beseerde swart sportlui wat veral baan- en padwedloopatlete was. Die aard van hul beserings het meestal 'n korter rehabilitasietydperk behels.

3.6 *Data-analise*

Die *QSR NUD*IST*-rekenaarprogram is in die analise van die data gebruik. Die afkorting *QSR* is afgelei van die woorde, *Qualitative Solutions and Research*, 'n program-ontwikkelingsmaatskappy van Melbourne, Australië. *NUD*IST* is 'n afkorting van *Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing*. *QSR NUD*IST* is 'n rekenaarprogram wat ontwikkel is ter ondersteuning van kwalitatiewe navorsing. Die data-koderingsprosesse in die indekssisteem, asook data-soektogte, of patroonsoektogte en teoretisering oor die data word vergemaklik (*QSR*, 1995).

Kwalitatiewe navorsing gebruik verskillende metodes in die ondersoek en ontdekking

van betekenis aangaande ongestruktureerde data (QSR, 1995). Die volgende prosesse moet gewoonlik plaasvind:

- Die beheer van dokumente
- Die ontwikkeling van idees en die beheer van kategorieë
- Die vra van vrae en die bou en toetsing van teorieë omtrent die data.

*QSR NUD*IST* is juis op grond van bogenoemde behoeftes ontwikkel (QSR, 1995).

Krane *et al.* (1997) meld dat dit aanvaarbaar is om die data-analise prosedures kortliks te beskryf en melding te maak van ander outeurs wat die prosedures wel bespreek het. Die verwagting van kodering-omskrywing lei tot oordadigheid en neem kosbare spasie van die ryk beskrywing van die studieresultate weg.

HOOFSTUK 4

NAVORSINGSRESULTATE

Die resultate van die kruisgeval-analise word vervolgens bespreek. Elke fase van beseringsbestuur word afsonderlik bespreek. Tabelle is oorwegend opgestel vir die kennisies, emosies, gedrag, verliese en stressors wat deur die toetsling openbaar en beleef is. In die tabelle word die roudata-temas (aanhalinge of geparafraseerde aanhalinge wat die primêre gedagtes weergee) gerapporteer, soos deur die toetslinge identifiseer. Die roudata-temas was reeds tydens data-organisering in sekere groepe gekodeer. Die data-analise is egter net tot eerste-ordetemas beperk, om 'n verlies aan rykheid en omvang van data te verhoed. Die roudata-temas en eerste-ordetemas is deur die proses van driehoekige konsensus bevestig.

In die tabelle word die persone geïdentifiseer wat 'n sekere eerste-ordetema aangespreek het. 'n Frekwensie-analise word in dieselfde kolom tussen hakies aangedui. Die frekwensie-analise is gebruik om die persentasie toetslinge aan te toon wat 'n sekere eerste-ordetema aangehaal het. 'n Lae frekwensie-analispersentasie dui geensins aan dat die faktor van minder waarde is nie, dit kan in teendeel baie betekenisvol wees.

Die volgende tabelle hou verband met die aangeduide fases van beseringsbestuur:

- | | |
|--------------------|--|
| • Tabele 4 tot 7 | Voorbeseringsfase |
| • Tabele 8 tot 11 | Beseringsfase |
| • Tabele 12 tot 15 | Behandelingsbesluite- en beplanningsfase |
| • Tabele 16 tot 21 | Vroeë-rehabilitasiefase |
| • Tabele 22 tot 26 | Laat-rehabilitasiefase |
| • Tabele 27 tot 29 | Terugkeer na kompeterende sport |
| • Tabele 30 tot 31 | Hierdie tabelle het betrekking op die totale beseringsbelevens |

Elke tabel binne die verskillende fases word afsonderlik bespreek en 'n opsomming word aan die einde van elke fase gegee.

4.1 VOORBESERINGSFASE

4.1.1 Kognisies

Die kognisies soos gedurende die voorbereidingsfase beleef, verskyn vervolgens in Tabel 4 .

Tabel 4: Kognisies beleef gedurende die voorbereidingsfase

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=persoon) Frekwensie-analise (%)
<u>Ingesteldheid</u> ...jy weet jy is op die oomblik die beste, niemand kan jou wen nie... en ... dit voel of jy in die berge is. Jy kan doen wat jy wil, niks kan jou aanraak nie.	Euforie	P2; P11 (9,5%)
... who is hungry to win...	Gemotiveerdheid	P2; P6 (9,5%)
... ek het net my tennis gespeel en geniet omdat dit lekker was...	Genot	P3; P18 (9,5%)
Lus vir 1999 se seisoen. Ek was entoesiasies gewees, het baie uitgesien na die seisoen en het gedink dit gaan goed gaan.	Entoesiasme	P4 (4,8%)
...positiwiteit het net geblom, en ek was reg en lus om te oefen...	Positiewe ingesteldheid	P5; P19 (9,5%)
... ek het nooit baie goed op my brein gehad nie, omdat ek geweet het dat ek het 'n doel om te bereik...	Doelwitnavolging	P6; P9 (9,5%)
... om elke dag by die oefening te gewees het...	Gedissiplineerdheid	P11 (4,8%)
...globaal niks fout met my lewe gewees nie, alles was vir my perfek gewees, alles was in plek gewees... en ... en alles was vir my net maanskyn en rose.	Harmonie	P13; P14; P16; P19 (19%)
I felt very good about myself, and I think everybody else felt very good about me too, because it's something you know, you're doing well and you're getting there, and then finally you obtain your colours and then, what's more, what's next, that type of question they will ask you.	Selfversekerdheid	P11; P13 (9,5%)
I didn't think that one day I will get injured, so I just decided to train.	Onaantasbaarheid	P11; P18 (9,5%)
<u>Verwagtinge: Intern</u> Ek wou seker twaalf meter gespring het, twaalf meter was vir my my mikpunt gewees...	Prestasiedoelwitstelling	P1; P5; P6; P17 (19%)
... om provinsiale of nasionale kleure te verwerf...	Uitslagdoelwitstelling	P4; P6; P8; P20 (19%)
... was reg om die ding na die beste van ons vermoë te doen...	Selfverbintenis	P2 (4,8%)

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=persoon) Frekwensie-analise (%)
... ek moes na 98 net weer myself bewys dat ek weer bo kan uitkom.	Selfbevestiging	P4 (4,8 %)
'n Mens druk jouself maar, jy wil sekere afstande vinniger tye hardloop, jy werk harder...	Selfdruk	P4; P20 (9,5%)
... ek moet daar uitkom, en ek moet daardie stukkies verder gaan, en ek moet dit doen, en ek moet dat doen, en daar is nou maar net nie van jy word moeg nie, jy druk jouself.	Irrasionele denke	P4 (4,8%)
... as jy oefen dan sal jy iets deur harde werk behaal ...	Gerusstelling	P5 (4,8%)
... deur harde werk, en die krag wat God vir jou gee.	Geloof	P5 (4,8%)
Vir myself het ek gesien dat ek gaan vir myself 'n baie groot naam maak in sport...	Erkenning	P6; P9; P12 (14,3%)
... dis soos 'n droom wat 'n ou najaag, dis amper vir my soos die belangrikste ding in my lewe om vir SA rugby te speel...	Lewensideaal nastrewing	P10 (4,8%)
<u>Eksterne verwagtinge: Positief</u> ... ons gaan die wêreldkampioene kafdraf.	Spaningesteldheid	P2 (4,8%)
... as gevolg van aanmoediging deur my afrigters en my fiksheidsinstrukteur was dit vir my absoluut 'n moet om SA O-21 kleure te kry.	Doelwit- identifisering	P8 (4,8%)
... ek kan doen wat die afrigters van my verlang...	Taakdoelwit- stelling	P14 (4,8%)
Almal was baie trots en bly dat mens die geleentheid gehad het na twintig jaar, dat jy iewers gekom het in die sport en almal het ten volle ondersteun.	Erkenning	P2; P13 (9,5%)
<u>Eksterne verwagtinge: Negatief</u> ... as ek verloor of ek hardloop nie goeie tye nie, dan is dit amper of ek, dis nou nie so erg nie, maar dit het gevoel jy weet, nou beteken ek niks, niemand praat met my nie, my afrigter praat nie met my nie, my ouers is half afwesig... en ... ek weet ek wou my afrigter doodskiet, ek wou hom eers stadig doodmaak, nou sal ek hom net doodskiet, ek het nog baie gevegte wat ek moet baklei om daaroor te kom.	Verwerping	P21 (4,8%)
... toe ek begin kla het van shins, het ek eers besef my pa-hulle het verwagtinge van my hierdie seisoen...	Druk van verwag- tinge	P4 (4,8%)
<u>Betekenis van sportdeelname</u> ... mens hoef nie net altyd die groot groen en goud wil dra nie, jy moet dink aan ander omstandighede ook, jou eie familie en so aan.	Balans	P2 (4,8%)
... everything was dedicated to that, all the time, all the effort, training...	Lewensprioriteit	P3; P8; P13; P17; P20 (23,8%)

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=persoon) Frekwensie-analise (%)
<p><i>... as jy goed hardloop en jy voel goed oor jouself en dan is jou lewe ook normaal.</i></p> <p><i>If you are playing netball, or you are running, you must get something. You know that if you are sitting, doing nothing, you will never get what you want.</i></p> <p><i>... but some of us who have initial problems, they don't take sports seriously, because they think it's a waste of time, they can do something better that they can get more out of it, like stealing, doing such things. To me it was like concentrating because I knew what the future hold if you're a sportsman, it does make your CV nice, and the people they regard you as a good person, because they see you are doing the right things... and ... it does open the doors for me...</i></p> <p><i>... athletics was the best... and ... the best sport I have ever enjoyed.</i></p> <p><i>My suster is dood toe ek jonk was, en sy was soort van my hero gewees, dit maak nie saak wat het gebeur in die huis nie, sy was altyd daar, en toe sy dood is, was daar niks nie, en toe begin ek hardloop... en ... dit het stil geword hier binne as ek hardloop, ek dink dis hoekom ek gehardloop het, dit was vir my uiting gewees, en ek moes goed hardloop... en ...As sy nie doodgegaan het nie, sou ek nooit so gehardloop het nie.</i></p> <p><i>Even the people who stayed in our street, I was their hero, their role-model. I acted as a leader of the street, a leader of the township.</i></p>	<p>Selfstandhouding</p> <p>Beloning</p> <p>Loopbaan</p> <p>Vervullingsbron</p> <p>Hanteringsmeganisme</p> <p>Leierskapsrol</p>	<p>P11 (4,8%)</p> <p>P12 (4,8%)</p> <p>P7; P12; P16 (14,3 %)</p> <p>P18 (4,8%)</p> <p>P19; P21 (9,5%)</p> <p>P16 (4,8%)</p>

Die kognitiewe ingesteldheid en verwagtinge van 81% van die toetslinge het goeie prestasie versterk. Sekere doelwitte is gestel en die persone was van mening dat hulle wel gereed was om die uitdagings te aanvaar.

Die effek van eksterne verwagtinge deur ouers en afrigters is deur 9,5% van die toetslinge aangespreek. Dit blyk dat persoon 21 se totale aanvaarding van goeie sportprestasie afgehang het.

Negentien persent het aangetoon dat daar harmonie in hulle lewens aanwesig was; alles het ten goede mee gewerk.

Twee persent van die toetslinge het aangedui dat hulle gevoel het asof hulle nie beseer kon raak nie.

Uit Tabel 4 blyk dit dat sport verskillende betekenis vir mense inhou. Bykans 24% het aangedui dat sport hul lewensprioriteit was en dat hul lewe daarop ingestel was. Sportdeelname het dan ook bevrediging aan behoeftes soos erkenning, beloning, vervulling en emosionele hanteringsmeganisme verskaf. Vir 14,3% van die toetslinge het dit sekere loopbaanimplikasies gehad.

4.1.2 Emosies

Die emosies soos ervaar gedurende die voorbeseringsfase, word vervolgens in Tabel 5 weergegee.

Tabel 5: Emosies ervaar gedurende die voorbeseringsfase

Roudata-tema	Eerste-orde-tema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise(%)
<i>Dit is 'n lekker gevoel, dit voel of jy die beste is op die oomblik...</i>	'n Aangename gevoel	P1; P11; P16; P19 (19%)
<i>I was feeling good...</i>	'n Gevoel van welsyn	P1; P11; P16 (14,3%)
<i>... positief, want ek het nogal baie uitgesien om die winter te oefen... en ... positiwiteit het net geblom, en ek was reg en lus om te oefen...</i>	'n Positiewe gevoel	P5; P7; P17; P18 (19%)
<i>You would have found me like any other athlete who is happy...</i>	Gelukkig	P3; P6; P9; P14; P18 (23,8%)

Dit blyk dat die meerderheid van toetslinge aangename en positiewe gevoelens van welsyn en gelukkigheid tydens die voorbeseringsfase ervaar het. Geen negatiewe emosies is gedurende hierdie fase geïdentifiseer nie.

4.1.3 Gedrag

Die gedrag soos geopenbaar gedurende die voorbereidingsfase, word vervolgens in Tabel 6 aange-
toon.

Tabel 6: Gedrag openbaar gedurende die voorbereidingsfase

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>I was training good...</i> <i>I just enjoyed to train...</i> <i>... ek was mal oor tennis, ek het baie tennis geoefen...</i> <i>... belangrik om weer op SA's te kom, en om daar net weer 'n plek te kry. Ek het gewerk daarvoor.</i> <i>Ek het elke dag uitgesien om te gaan oefen, en ek het elke keer gaan gym, en dit was vir my lekker om atletiek toe te gaan...</i> <i>... ek dink ek het so iets soos drie keer 'n dag geoefen.</i> <i>... ons voor seisoen was ongelooflik goeie oefensessies...</i> <i>... jy motiveer jouself en jy is... en ... jy is in 'n ander wêreld wat jy inbeweeg en alles 100% wil probeer insit om daardie doelwit te bereik.</i>	Toegewydheid	P1; P11 (9,5%) P18 (4,8%) P3 (4,8%) P4 (4,8%) P19 (4,8%) P8 (4,8%) P10 (4,8%) P20 (4,8%)
<i>... everything was dedicated to that, all the time, all the effort, training...</i> <i>Dit is al wat ek gedoen het, van die oggend tot die aand, net hardloop. Alles het gegaan oor hardloop. My skool, my lewe, was net hardloop, alles wat ek gedoen het, was net vir die hardloop, dit was nie 'n keuse om enigiets anders te doen nie.</i>	Opoffering	P13; P20 (9,5%) P21 (4,8%)
<i>I know you have to be mentally fit and physically fit to do athletics... and ... something that makes me physically fit and the books that make me mentally fit...</i>	Balans	P16 (4,8%)

Die gedrag wat die toetslinge geopenbaar het, het gesprek van toewyding, opoffering en balans. Bykans 43% het aangetoon dat dat hul gereelde oefensessies gehad het. Net meer as 14% het verskeie opofferings in die bereiking van hul doelwitte geïmpliseer. Persoon 16 het ook aangetoon dat die balans tussen fisieke en geestelike fiksheid aangespreek is.

4.1.4 Stressors

Die stressors soos beleef gedurende die voorbereidingsfase, word vervolgens in Tabel 7 weergegee.

Tabel 7: Stressors beleef gedurende die voorbereidingsfase

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>...geleentheid gekry om sport te kom beoefen, my sport was vir my baie belangrik, ek moes 'n sukses maak en natuurlik die aanpassing in die nuwe provinsie.</i>	Hervestiging	P7 (4,8%)
<i>Vreemde mense en dit was vir my maar net nog 'n uitdaging...</i>	Nuwe verhoudinge	P7 (4,8%)
<i>...my eerste jaar en ek die chemie gepluk het...</i>	Studies en werk	P5; P8; P10 (14,3%)
<i>My suster is dood...</i>	Verlies aan geliefde	P21 (4,8%)
<i>I don't have any running shoes, sweaters...</i>	Uitrusting	P12; P18 (9,5%)
<i>...hierdie wintermaande raak die velde maar net soos 'n bleddie teerpad, dit raak net so hard.</i>	Speeloppervlak	P14 (4,8%)
<i>I don't have any club.</i>	Fasiliteite	P12 (4,8%)
<i>... dit was op die stadium net voordat ons besluit het om te trou... en ...Ek het vir my 'n meenthuisie gekoop, en net begin met 'n ou se lewe...</i>	Lewensfasetake	P10 (4,8%)
<i>As a junior I didn't get enough money...</i>	Finansies	P1; P10 (9,5%)
<i>...gedink het wat ek na skool sou gedoen het met dit wat ek klaar behaal het, en as ek sou oorsee gaan as ek klaar geleer het, dat ek sou gaan studeer met 'n atletiekbeurs of iets.</i>	Toekomsplanne	P5; P10 (9,5%)
<i>I was motivated, though my background was a bit worse, not difficult...</i>	Agtergrond	P6 (4,8%)
<i>so 'n ou klein beseringkie, laat ek net so vir 'n week of twee weke net bietjie kan rus, en dan gebeur dit met jou, en dan voel jy man, dit was nou ongevraagd gewees...</i>	Geringe beserings	P14 (4,8%)
<i>I suffer from training because I get pain in my stomach, then I didn't feel to run again...</i>	Fisiese klagtes	P12 (4,8%)
<i>... single parent.. and ... I don't have any husband</i>	Gesinsomstandighede	P12; P10; P19 (14,3%)
<i>... ek dink dit is maar met enige groot ding wat mens aanpak – jy motiveer jouself en jy is, ek wil amper sê in 'n ander wêreld wat jy inbeweeg en alles 100% wil probeer insit om daardie doelwit te bereik. So, ek sal sê dit is taamlike positiewe stres.</i>	Sportdoelwit	P20 (4,8%)

Vyftien verskillende tipes stressors is deur 57,1% van die toetslinge geïdentifiseer. Die stressors was 73% intern, en 27% ekstern van aard. Intern het dit verband gehou met agtergrond, gesinsomstandighede, die hantering van verliese, sportdoelwitte, fisieke klagtes, geringe beserings, toekomsplanne, finansies, lewensfase take, hervestiging en akademie.

Ekstern het dit verband gehou met uitrusting, speeloppervlak, fasiliteite en nuwe verhoudinge.

4.1.5 Opsomming

Dit blyk asof hierdie fase gekenmerk is deur die aanwesigheid van 'n positiewe ingesteldheid en duidelike verwagtinge. Positiewe emosies is beleef, ten spyte van heelwat stressors wat teenwoordig was.

Oor die algemeen kan die belewenis van hierdie fase in die woorde van Persoon 16 saamgevat word:

It was good, and life for me was easy, I mean a piece of cake.

4.2 BESERINGSFASE

4.2.1 Oorsake van beserings

Die oorsake van beserings word vervolgens in Tabel 8 weergegee.

Tabel 8: Oorsake van besering

Roudata-tema of aanhaling	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>Dit het seker maar gekom soos ek geoefen het, omdat ek so graag goed wou gewees het, het ek dalk te veel geoefen, ek dink ek het rerig dalk myself te hard gedruk om hierdie doel te bereik.</i>	Ooreising	P4; P5; P17; P20 (19%)
<i>Ek was vyftien jaar oud, toe hardloop ek 100 kilo's 'n week... en ... ek was sewentien, toe hardloop ek 170/180 kilo's 'n week</i>		P21 (4,8%)
<i>... it was my fault to get injured...</i>	Selfblaam	P1; P2; P13 (14,3%)
<i>Jy weet iets makeer, maar jy gee nie aandag daaraan nie.</i>	Onverskilligheid	P20 (4,8%)
<i>... ek het geweet, as ek hulle gaan sê, sal ek moet ophou en moet rus, en ek wou nie...</i>	Doelwitoriëntering	P3; P5; P17; P20 (19%)
<i>... and without having the knowledge of injuries... and ... it was like a blind spot because I didn't have knowledge...</i>	Gebrekkige kennis	P6; P15; P18; P20 (19%)
<i>I was training mostly in the township, so I didn't know if maybe I am training too much on a hard surface... and ... maybe there's no one taking care of you in terms of running gear, proper running shoes and stuff... and ... your family not living in a formal family situation, then you feel like maybe if your dad was there and your mum was there, they had a decent job, then you could have overcome the injury and stuff...</i>	Sosio-maatskaplike agtergrond	P6; P16 (9,5%)
<i>... drie sekondes seker nadat die fluitjie geblaas het... en ... toe tackle hy my van agteraf ...</i>	Opponent	P8; P9 (9,5%)
<i>... dit was my tekkies, my tekkies was op daardie stadium nie meer tekkies nie...</i>	Uitrusting	P1; P4; P18; P20 (19%)
<i>ons daaglik 'n 10, 12 sprong gespring het, en maksimum moes uitgesit het... en ... sit ek meer in as wat ek moes, en gaan vir gevaarliker trapgewoonte...</i>	Eise van sportsoort	P2; P7; P10; P11; P14 (23,8%)
<i>... it the place where I'm training, like on the hard surface, because we're not used to train on the soft surface like on the grass...</i>	Oefenoppervlak	P4; P6; P16 (14,3%)
<i>... I was cleaning the house and didn't see the stove, I kicked my foot against it...</i>	Onvoorsiene trauma	P12 (4,8%)

Tien eerste-ordetemas is deur 95% van die toetslinge as die moontlike oorsake van hul beserings geïdentifiseer. Die oorsake het gewissel van persoonlike en gedeeltelike aanspreeklikheid soos ooreising (23,8%), nalatigheid (14,3%), doelwit oriëntering (19%), gebrekkige kennis (19%); tot geen aanspreeklikheid soos sosio-maatskaplike agtergrond (9,5%), uitrusting (19%), eise van sportsoort (23,8%), oefenoppervlak (14,3%) en onvoorsiene trauma (4,8%).

4.2.2 Kognisies

Die kognisies soos gedurende die beseringsfase beleef word, word vervolgens in Tabel 9 weergegee.

Tabel 9: Kognisies beleef gedurende die beseringsfase

Roudata-tema of aanhaling	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>I didn't know what to do with my injury... and I didn't have an idea of going to see the doctor or going to the hospital.</i>	Onsekerheid	P1; P6; P18 (14,3%)
<i>... ek wou nie vir myself erken dis seer nie...</i>	Ontkenning	P3; P5; P8; P15; P19 (23,8%)
<i>... ek het verbygekyk dat dit seer is, ek sou dit heeltemal weggesteek het.</i>	Onderdrukking	P3; P5; P19 (14,3%)
<i>At first I thought that it was just a pain one can get after training... and ...that it will just ease after a day or maybe some few days...</i>	Rasionalisering	P6; P17; P19 (14,3%)
<i>...you think to yourself what have you done now, why have you done this now, is it five seconds of leisure that can maybe ruin your whole life?</i>	Bevraagtekening	P9; P10; P13; P16; P20 (23,8%)
<i>... afraid I will never walk again,</i>	Katastrofering	P2; P5; P9; P12; P15; P16 (28,6%)
<i>... dadelik geweet ek gaan baie lank moet rus met my skouer wat seer was.</i>	Realistiese gevolgtrekking	P3; P11 (9,5%)
<i>... jy jou span nou in die steek gelaat het.</i>	Verpersoonliking	P2; P9; P13 (14,3%)
<i>Op daardie stadium het ek geglo dat ek nou maar so sleg is, ek wil nie meer hardloop, ek kan nie meer hardloop, so ek beteken nou maar niks.</i>	Negatiewe selfbeoordeling	P4; P16; P21 (14,3%)
<i>... soos 'n droom wat jy gehad het, dis ewe skielik nie meer daar nie, hy lê aan skerwe, nou moet jy al die stukke weer bymekaar bring.</i>	Teleurstelling	P7; P10 (9,5%)
<i>I lost the hope that I am not going to run that time again.</i>	Wanhoop	P1; P16 (9,5%)
<i>... starts blaming them, sometimes you blame yourself, ...you blame your coach...</i>	Blamering	P4; P6 (9,5%)

Roudata-tema of aanhaling	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>... ek sal dit nooit weer kan maak, ek sal nooit weer kan sokker speel nie. Want as ek wou opstaan, kon ek niks maak nie.</i>	Absolutistiese denke	P4; P9 (9,5%)
<i>Toe besef ek hier's iets in my lewe besig om te gebeur, miskien moet ek nou oorvat en kyk wat gaan aan. Toe het ek begin planne maak om aan te gaan met my lewe... en ... ek moes beseer geraak het, anders het ek nooit begin mens word nie.</i>	Eksistensiële besluitneming	P4; P5; P13; P21 (19%)
<i>...my positiwiteit al klaar 'n bietjie afgebreek, ek het baie negatief begin word.</i>	Negatiewe ingesteldheid	P5; P6; P20 (14,3%)

Meer as 90% van die toetslinge het sestien verskillende eerste-ordetemas vir die kognisies gedurende die beseringsfase geïdentifiseer. Die kognisies het gewissel van onsekerheid (14,3%), realistiese gevolgtrekking (9,5%), bevraagtekening (23,8%), tot negatiewe ingesteldheid (14,3%).

Die volgende irrasionele denke het voorgekom:

- Katastrofering 28,6%
- Verpersoonliking 14,3%
- Negatiewe selfbeoordeling 14,3%
- Absolutistiese denke 9,5%

Die volgende verdedigingsmeganismes is gebruik:

- Ontkenning 23,8%
- Onderdrukking 14,3%
- Rasionalisering 14,3%

4.2.3 Emosies

Die emosies soos ervaar gedurende die beseringsfase, word vervolgens in Tabel 10 weergegee.

Tabel 10: Emosies ervaar gedurende die beseringsfase

Roudata-tema of aanhaling	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<u>Positief</u> <i>I was feeling good, because I was then doing nothing...</i>	Verligting van verantwoordelijkheid	P1 (4,8%)
<i>... ek was nogal baie braaf... en ...Wat vir my baie tevrede gestel het van die eerste besering, is dat dit aan die einde van die seisoen was...</i>	Tevredenheid	P7 (4,8%)
<i>...aan die een kant was ek half verlig gewees dat dit eindelijk gebeur het...</i>	Verligting	P21 (4,8%)
<u>Negatief</u> <i>... ek wou vir myself goed gedoen het en dit was vir myself baie teleurstellend.</i>	Teleurstelling	P1; P3; P4; P5; P6; P10; P15 (33,3%)
<i>... ek was hartseer gewees omdat ek geweet het ek gaan lank uit moet wees...</i>	Hartseer	P3; P21 (9,5%)
<i>I was so afraid because I thought I would never walk again...</i>	Vrees	P3; P12; P17 (14,3%)
<i>Dit het my baie negatief laat voel...</i>	Negatiewe gevoel	P4; P5; P19 (14,3%)
<i>Ek was baie gefrustreerd...</i>	Gefrustreerdheid	P4; P14 (9,5%)
<i>... ek het onmiddellik in 'n depro verval...</i>	Neerslagtigheid	P4; P9; P11; P14 (19%)
<i>Joe, ek was baie kwaad...</i>	Woede	P5; P13 (9,5%)
<i>... sometimes getting jealous of your fellow colleagues...</i>	Jaloesie	P6 (4,8%)
<i>... ek wou graag meer gedoen het in die game, maar toe ek moes afgaan toe aanvaar ek dit maar... en ... maar ek het nie te sleg gevoel daaroor nie.</i>	Aanvaarding	P8 (4,8%)
<i>... dit het 'n ou half geskok...</i>	Geskoktheid	P14; P21 (9,5%)
<i>Ek was taamlik op my senuwees, ek het geweet belangrike wedlope lê voor...</i>	Senuweeagtigheid	P20 (4,8%)
<i>... ewe skielik, alles wat ek altyd gedoen het... was nie meer belangrik nie. En ... al die mens wat altyd vir my daar was, was toe nie meer daar nie – daar was net niemand.</i>	Alleenheid	P21 (4,8%)

Veertien persent van die toetslinge het 'n positiewe gevoel na die opdoen van die besering ervaar.

Van die persone het aangedui dat hulle nou 'n welkome ruskans gekry het. Persoon 7 het aangedui

dat die tydperk van die seisoen waartydens die besering voorgekom het, naamlik die einde van die seisoen, wel daartoe bygedra het dat hy 'n positiewe gevoel ervaar het.

Die toetslinge het twaalf verskillende tipe negatiewe emosies wat hul tydens die beseringsfase ervaar het, genoem. Die negatiewe gevoelens van teleurgesteldheid (33,3%) en neerslagtigheid (19%) het die meeste voorgekom.

4.2.4 Gedrag

Die gedrag soos geopenbaar gedurende die beseringsfase, word vervolgens in Tabel 11 weergegee.

Tabel 11: Gedrag openbaar gedurende die beseringsfase

Roudata-tema of aanhaling	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>... getting jealous...</i>	Jaloesie	P6 (4,8%)
<i>... I became difficult...</i>	Geagiteerdheid	P6 (4,8%)
<i>... dan gee jy nie alles ten volle wat jy kan gee nie...</i>	Terughouding	P19 (4,8%)
<i>... ek raak ingekeer, ek raak stil, en ek verwerk dit op my eie manier.</i>	Onttrekking	P2; P13 (9,5%)
<i>I didn't know what to do with my injury, so I just asked one of my friends who was an athlete during that time, and he just said to me okay, you just sit for about six months, and then after six months then you can start jogging...</i>	Soeke na raad	P15; P18 (9,5%)
<i>Toe besef ek hier's iets in my lewe besig om te gebeur, miskien moet ek nou oorvat en kyk wat gaan aan.</i>	Aanvaarding van verantwoordelikheid	P21 (4,8%)
<i>Toe het ek begin planne maak, om aan te gaan met my lewe</i>	Beplanning	P21 (4,8%)

Die gedrag wat deur 33,3% van die toetslinge openbaar is, kan opgedeel word in twee groepe, naamlik:

- Reaktiewe gedrag: Jaloesie (4,8%), agitatie (4,8%), terughouding (4,8%) en onttrekking (9,5%).
- Pro-aktiewe gedrag: Soeke na raad (9,5%), en aanvaarding van verantwoordelikheid (4,8%).

4.2.5 Opsomming

Die beseringsfase is gekenmerk deur verskeie kognisies wat oorwegend rondom die oorsake van die besering, die kognitiewe hantering van die besering en die implikasies van die besering gewentel het. Sekere irrasionele denke, asook verdedigingsmeganismes het voorgekom. Die irrasionele kognisies, verklarings vir die besering, asook die interpretasie van die implikasie van die besering ten opsigte van die toetsling se lewe het verder tot sekere emosies en gedrag aanleiding gegee.

Persoon 21 het byvoorbeeld die volgende gemeld:

- Oorsaak van besering:

Dit was maar 'n oor oefenbesering. Ek was vyftien jaar oud, toe hardloop ek 100 kilo's 'n week... en ...ek was sewentien, toe hardloop ek 170/180 kilo's 'n week.

- Kognisie (Negatiewe selfbeoordeling):

Op daardie stadium het ek geglo dat ek nou maar so sleg is, ek wil nie meer hardloop, ek kan nie meer hardloop, so ek beteken nou maar niks.

- Emosie:

...aan die een kant was ek half verlig gewees dat dit uiteindelik gebeur het, en aan die ander kant was dit vir my 'n verskriklike ontnugtering, want ewe skielik, alles wat ek altyd gedoen het, was nie meer belangrik nie... en ...ek was baie hartseer...

- Gedrag:

Toe besef ek hier's iets in my lewe besig om te gebeur, miskien moet ek nou oorrat en kyk wat gaan aan. Toe het ek begin planne maak om aan te gaan met my lewe...

Die doel van hierdie studie is om die kognisies en emosies van beseerde sportlui te ondersoek. Op grond van bogenoemde tabelle blyk dit dat die spesifieke sportlui kognitief en emosioneel verskillend op beserings reageer. Persoon 21 het dan ook verskillende tipes emosies soos verligting en hartseer beleef.

4.3 BEHANDELINGSBESLUIT- EN BEPLANNINGSFASE

4.3.1 Kognisies

Die kognisies wat tydens die behandelingsbesluite- en beplanningsfase beleef is, word vervolgens in Tabel 12 weergegee.

Tabel 12: Kognisies beleef gedurende die behandelingsbesluite- en beplanningsfase

Roudata-tema of aanhaling	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<u>Bevraagtekening</u> ... en ek hoop nie dat die probleem eendag op my oudag vir my 'n probleem gaan wees nie...	Toekomsverwagting	P2; P13 (9,5%)
Nie geweet hoekom dit met my moet gebeur nie. Al die mense rondom het maar gesê nee maar dit gebeur dalk met 'n goeie doel en iets, maar dis moeilik om dit te glo.	Soeke na verklaring	P5; P6; P8 (14,3%)
... left with a question mark that maybe my injury will not stop...	Verwagtinge oor herstel	P6; P10; P20 (14,3%)
... his jumping days are over, and you're lying over there in pain and they're telling you this, so you just think, how can it be?	Terminering van sportloopbaan	P13 (4,8%)
... I was just feeling why does it catch me at this time, why didn't it wait for this week to pass ...	Deel van seisoen waartydens beseer is	P16 (4,8%)
... nou gaan ek gips kry, en nou kan ek nie meer aan die Koeksa-spele deelneem nie...	Aanpassing van doelwitte	P17 (4,8%)
... nou gaan ek gips kry, hoe gaan ek oor die weg...	Aanpassing by voorgestelde behandelingsplan	P17 (4,8%)
... toe het ek begin wonder of atletiek dan die moeite werd is om te doen, as ek al op die ouderdom 20/25 niks meer kan hardloop of kan fietsry of enigiets kan doen nie.	Belangrikheid van sportdeelname	P5 (4,8%)
<u>Hanteringsmeganismes</u> ... so ek het maar net weer besluit, gaan maar net aan, maak die beste van 'n slegte saak.	Volharding	P2 (4,8%)
... ek het gedink okay, dit gebeur seker maar met rugbyspelers, dis 'n risiko wat jy vat...	Intellektualisering	P8 (4,8%)
... I didn't think of anything, just lay there and decided to recollect myself and to go through what actually happened.	Konfrontering van situasie	P13 (4,8%)
My mind just said to me well, let's take it slow and see how things go.	Beoefening van geduld	P13 (4,8%)

Roudata-tema of aanhaling	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
...ek was positief dat hulle dit sou regkry en ek het vir myself net gesê ek moet positief word en nie negatief word nie.	Positiewe ingesteldheid	P20 (4,8%)
<u>Verwagtinge</u> ...die bal is nou in my hande, ek kan nou iets doen, ek kan dit maak of ek kan dit breek, ek kan te vroeg begin speel of ek kan behoorlik deur die rehabilitasie proses gaan, en dan behoort ek weer te kan speel.	Neem van verantwoordelikheid	P10; P13 (9,5%)
...toe vra ek of ek al die volgende dag kan begin tennis oefen, die oom het gelag toe sê hy nee, eers weer na drie maande, en toe is dit vir my sleg...	Onrealistiese verwagtinge	P3; P6; P13; P17 (19%)
<u>Ingesteldheid</u> Dat ek nog moet vasbyt, ek moet aangaan...	Toewyding aan die herstelproses	P2 (4,8%)
Ek het al hoe meer negatief geword, en ek het nie meer lus gehad om sport te beoefen nie, ek het nie myself weer gesien atletiek doen of iets nie.	Negatiewe gesindheid teenoor verdere deelname	P5 (4,8%)
I thought that okay, this person doesn't know about my injury And let me just keep on training, because I want to be the best, if the pain eases, it will just ease during the right time...	Neem van eie besluite	P6 (4,8%)
...hy het my baie aangemoedig en gesê ek sal weer gou-gou reg wees deur die krag van die Here en so aan, en ek het rêrig daaraan geglo.	Geloof	P8; P10 (9,5%)
Hulle het gesê met goeie behandeling behoort hy spoedig te kan herstel. So, onmiddellik was ek ook baie meer positief gewees...	Positiewe verwagting ten opsigte van herstel	P8; P10; P19; P20 (19%)
Ek het besef dit is 'n moeilike besering om van te herstel en dit kan baie lank vat...	Realisme oor hersteltydperk	P20 (4,8%)
...jy...aanvaar 'n besering baie makliker en gouer as 'n ander persoon wat nie kontaktsport doen nie.	Aanvaarding van besering	P7; P14 (9,5%)
...ek kon nie glo dat dit soort van met my kon gebeur nie...	Onaantasbaarheid	P4; P5 (9,5%)
I told him no, it can't be...	Ontkenning	P13 (4,8%)
<u>Wense</u> Ek sou net graag wou gaan draf het, net op die pad kom en net te gaan draf het, om net my gedagtes van alles te reinig...	Behoeftes aan fisieke aktiwiteit	P4 (4,8%)
<u>Pyn</u> Ek het maar gehoop dis van verbygaande aard...	Aard van pyn	P17 (4,8%)
Ek het nie gedink dat dit so seer sal wees nie...	Graad van pyn ervaar	P5; P7 (9,5%)

Hierdie fase word gekenmerk deur baie vrae wat gestel word. Bykans 48% van die toetslinge het agt verskillende vrae aangedui. Hierdie vrae het gehandel oor waarom die beserings voorgekom het, die effek van die besering op hul sportloopbane, die belangrikheid van sportdeelname, die aanpassing van doelwitte, die aanpassing by die voorgestelde behandelingsplan, die tydigheid van die besering en die verwagtinge rakende herstel.

Die kognitiewe hanteringsvaardighede in die aanpassing by en verwerking van die beserings is deur 19 % van die toetslinge aangespreek. Die eerste-ordetemas wat deur dié toetslinge aangespreek is, het gehandel oor volharding (4,8%), intellektualisering (4,8%), konfrontering van die situasie (4,8%), die beoefening van geduld (4,8%) en 'n positiewe ingesteldheid (4,8%).

Bykans 10% van die toetslinge het aangetoon dat hulle self verantwoordelikheid vir die bese-ringsherstel geneem het. Negentien persent het egter aangetoon dat hulle onrealistiese verwagtinge omtrent die herstel van hul beserings gekoester het. Persoon 3 het byvoorbeeld gewonder of sy die dag na die voorgestelde operasie weer sal kan begin tennis oefen.

Die hanteringsmeganismes het tot 'n mate met die ingesteldheid oorvleuel. Bykans 10% van die deelnemers aan kontaktsport dui aan dat hul sportsoort die aanvaarding van die besering beïnvloed het.

Negentien persent van die toetslinge het 'n positiewe ingesteldheid met betrekking tot herstel van die besering gehad. Die positiewe ingesteldheid is deur die geloof van persone 8 en 10 versterk.

Ontkenning van die situasie is by 14,3% van die toetslinge waargeneem. Die persone kon nog steeds nie die realiteit aanvaar nie. Persoon 4 het egter ook reeds die wens uitgespreek om fisiek aktief te raak.

Alhoewel die teenwoordigheid van pyn aanvaar is, is die aard van die pyn deur persoon 17 gera-sionaliseer. Bykans 10% was egter verbaas deur die graad van pyn wat hul wel ervaar het.

4.3.2 Emosies

Die emosies wat tydens die behandelingsbesluite- en beplanningsfase ervaar is, word vervolgens in Tabel 13 weergegee.

Tabel 13: Emosies ervaar gedurende behandelingsbesluite- en beplanningsfase

Roudata-tema of aanhaling	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<u>Positief</u> <i>Aan die eenkant was ek redelik bly gewees, want dit sou beteken dat ek meer tyd vir my akademie het...</i>	Gevoel van verwagting	P4 (4,8%)
<i>... they showed me the X-rays and I saw for myself... and ... it was a calming effect...</i>	Gevoel van kalmte	P13 (4,8%)
<u>Negatief</u> <i>... dit was vir my verskriklik net om te dink ek kan niks doen nie, ek het baie teleurgesteld gevoel dat ek nie eers kon draf of swem of fietsry nie, glad niks kon doen nie.</i>	Hulpeloosheid	P3; P4; P5; P6; P7; P11; P14; P15; P16; P17; P18 (52,4%)
<i>Ek het in die dokter se spreekkamer begin huil, ek het nie gehuil nie, die trane het net oor my wange geloop, maar dit was erg.</i>	Bedroefdheid	P4 (4,8%)
<i>Ek was ongelukkig want ek wou gaan oefen...</i>	Frustrasie	P4 (4,8%)
<i>Ek het al hoe meer negatief geword, en ek het nie meer lus gehad om sport te beoefen nie, ek het nie myself weer gesien om atletiek te doen of iets nie.</i>	Wanhopigheid	P5 (4,8%)
<i>... as 'n dokter eers sê dis af, dan sukkel jy eers drie weke om jouself te vind voor jy daardie besering help herstel, want jy's vir twee weke meer geskok en teleurgesteld en terneergedruk as wat jy probeer om die ding te herstel.</i>	Terneergedruktheid	P7 (4,8%)
<i>... as 'n dokter na 'n gebreekte hand of skouerligament kyk, dan sê hulle nee wat, hy's af. Dit laat mens baie depressief voel, dit sit 'n ou heeltemal af as 'n dokter so sê.</i>	Depressie	P7 (4,8%)
<i>Then I hate myself...</i>	Selfhaat	P6 (4,8%)
<i>... as 'n dokter eers sê dis af, dan sukkel jy eers drie weke om jouself te vind voor jy daardie besering help herstel, want jy's vir twee weke meer geskok en teleurgesteld en terneergedruk as wat jy probeer om die ding te herstel.</i>	Geskoktheid	P7 (4,8%)
<i>... dit het ook nogal ekstra verwarring, bekommernis gebring, want jy is nie 100% seker of jy sal kan herstel en die tipe van ding nie.</i>	Onsekerdheid	P10 (4,8%)
<i>... dit het ook nogal ekstra verwarring, bekommernis gebring, want jy is nie 100% seker of jy sal kan herstel en die tipe van ding nie.</i>	Verwardheid	P10 (4,8%)
<i>I was so afraid that my ankle was injured and I will never run again.</i>	Bangheid	P12 (4,8%)

Twee positiewe emosies, naamlik 'n gevoel van verwagting (4,8%) en 'n gevoel van kalmte (4,8%) is geïdentifiseer. Persoon 4 was bly omdat sy geleentheid gehad het om aandag aan haar akademie te gee. Deurdat Persoon 13 die X-strale gesien het, kon hy 'n meer realistiese prentjie skilder en het dit daartoe bygedra dat hy kalmer gevoel het.

Elf negatiewe eerste-ordetemas is deur 61,9% van die toetslinge geïdentifiseer. Die meerderheid van die toetslinge, naamlik 52,4%, het egter 'n gevoel van teleurstelling ervaar.

Die onsekerheid ten opsigte van die diagnose het by Persoon 10 aanleiding gegee tot gevoelens van verwardheid en onsekerheid. Die wyse waarop inligting deur die dokter oorgedra is, het vir Persoon 7 depressief laat voel.

4.3.3 Gedrag

Die gedrag soos geopenbaar tydens die behandelingsbesluite- en beplanningsfase, word vervolgens in Tabel 14 weergegee.

Tabel 14: Gedrag openbaar tydens behandelingsbesluite- en beplanningsfase

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>Ek moes daar spring om my Springbokkleure te behou, so met die besering, met die af knieskyf en spiere het ek nog steeds my sprong gedoen om die wapen te kon behou...</i>	Risikogedrag	P2 (4,8%)
<i>Die meeste dokters sê maar rus... en ...maar as 'n mens nou eers 'n doelwit gestel het, dan wil 'n mens nie luister nie, en ek het maar aangehou oefen, want ek het besef as dit ses weke is, dan het ek basies drie weke tot die belangrike wedloop.</i>	Ignorering van doktersadvies	P20 (4,8%)

Persone 2 en 20 het kontra-produktiewe gedrag geopenbaar deur teen die mediese voorskrifte in, aan te hou met sportdeelname. Persoon 2 beoefen 'n risikosport, maar het nog steeds besluit om 'n valskermsprong in sy spesifieke toestand aan te durf.

4.3.4 Stressors

Die stressors wat 'n effek op die kognitiewe en emosionele belewing van beserings tydens die behandelingsbesluite- en beplanningsfase gehad het, word vervolgens in Tabel 15 weergegee.

Tabel 15: Stressors aanwesig gedurende die behandelingsbesluite- en beplanningsfase

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>I don't think so that I would have had the money to go, as I said, I come from a poor family.</i>	Finansiële beperkinge	P18 (4,8%)
<i>... as gevolg van werksomstandighede, het ek baie swak bygedra.</i>	Werksbeperkinge	P2 (4,8%)
<i>I went to a doctor with my first injury, but because of my background it is difficult to go to the right people... and because we didn't have facilities and stuff like that in the townships, so I just went to General Hospital.</i>	Beperktheid van gespesialiseerde mediese sorg	P6 (4,8%)

Persoon 18 het aangetoon dat finansies 'n belangrike komponent by beseringsrehabilitasie speel. Weens 'n gebrek aan geld was dit waarskynlik vir hom onmoontlik om vir behandeling na 'n dokter te gaan. Volgens Persoon 6 blyk dit dat gespesialiseerde mediese sorg, soos vir sportbese- rings, nie in plakkerskampe beskikbaar is nie. Die gevolg is dat sportlui vanuit daardie omgewing dikwels deur medici behandel word wat nie oor die nodige spesialiskennis beskik nie.

Die werksomstandighede van Persoon 2 het veroorsaak dat hy nie sy volle samewerking tydens hierdie fase kon gee nie.

4.3.5 Verliese

Die volgende verliese soos ervaar gedurende die behandelingsbesluite- en beplanningsfase word vervolgens in Tabel 16 weergegee.

Tabel 16: Verliese ervaar gedurende die behandelingsbesluite- en beplanningsfase

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>...by die huis was daar trappies gewees na my kamer toe, toe het ek maar daar onder by die TV op my bed, matrassie gelê, toe het ek vir twee weke net daar gelê.</i>	Dagroetine	P8 (4,8%)
<i>Dit was nie lekker nie, ek is 'n aktiewe mens, ek hou nie daarvan om stil te sit nie...</i>	Sportdeelname	P4; P5; P6; P14 ; P15 (23,8%)
<i>... 'n SA O-20 span is gekies wat Engeland toe was...</i>	Wedstryde en toere	P8; P14 (9,5%)
<i>Die heel eerste ding wat in my kop opgekom het is '99 se seisoen gaan ek nie maak nie, dit was my heel eerste gedagte gewees.</i>	Doelwit	P3; P4; P5; P8; P10; P11; P20 (33,3%)
<i>Ek was obviously nie baie happy nie, want ek wou gaan oefen, en die gimnasiumwerk gee nie uiting aan my frustrasies soos atletiek nie...</i>	Katarsismeganisme	P4 (4,8%)
<i>... ek het soveel drome en mikpunte in my lewe gehad, oor wat ek gaan swot en hoe dit vir my gaan help met my verspring, en waar ek gaan swot en beurse kan kry... en ... ek dink dit het half my hele lewe beïnvloed.</i>	Toekomsplanne	P5 (4,8%)
<i>Verhoudinge met belangrike ander het verswak.</i>	Verhoudinge	P5; P21 (9,5%)

Verskeie verliese is deur die toetslinge gedurende die fase ervaar. Dit het ingesluit verlies aan normale roetine, mobiliteit, sportdeelname, wedstryde en toere, doelwitte, toekomsplanne, verhoudinge en katarsismeganisme.

4.3.6 Opsomming

Hierdie fase word gekenmerk deur temas wat meer verband hou met waarom beserings voorgekom het, die bepaling van die aard en ernstigheidsgraad van die besering, asook die effek wat dit op sportlui se sportloopbane gehad het. Emosionele aanpassings moes met betrekking tot die verlies gemaak word en ons sien dat sommige toetslinge nog steeds in 'n ontkenningfase was.

- Persoon 13 het byvoorbeeld gemeld:

I told him, no it can't be, I'll have to jump again, it's my bread and butter, my living...

- Hy het die volgende hanteringsgedrag openbaar (beoefening van geduld):

My mind just said to me well, let's take it slow and see how things go.

- Nadat hy die X-strale gesien het, het hy 'n positiewe gevoel van kalmte ervaar.

Dit blyk dat die sekerheid wat die mediese inligting verskaf het, bepalend vir sy emosionele ingesteldheid was. Persoon 10 het ook aangetoon dat hy juis bekommerd en verward was weens die onduidelikheid van die diagnose. Verskeie faktore speel dus 'n rol in die bepaling van die persoon se kognitiewe en emosionele belewing. Persoon 16 het gemeld dat die tydstip van beseer- raak ook bepalend tot kennis en ervaarde emosie is. Die verlies ervaar het ook die emosionele ingesteldheid beïnvloed.

4.4 VROEË-REHABILITASIEFASE

4.4.1 Kognisies

Die kognisies wat die sportlui gedurende hierdie fase beleef het, word vervolgens in Tabel 17 weergegee.

Tabel 17: Kognisies beleef gedurende vroeë-rehabilitasiefase

Roudata-tema of aanhaling	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>Vrae</i> ...gedink as ek vroeër vir my ma-hulle gesê het van my skouer, kon ek dalk nou al weer tennis gespeel het.	Selfverwyt	P3 (4,8%)
Ek het net baie vrae gehad, soos hoekom met my, hoekom nou, en hoekom juis '99 se seisoen...	Soeke na verduideliking	P4 (4,8%)
Om op te hou met sport.	Terminering van sportloopbaan	P5; P14 (9,5%)
... maybe you've been bewitched or something, somebody doesn't want you to perform...	Soeke na oorsaak: ekstern	P6 (4,8%)
...gaan ek ordentlik kan hardloop?	Onsekerheid oor toekomstige prestasie	P11 (4,8%)
... will I be able to walk again...	Onsekerheid oor liggaamlike vermoëns	P13 (4,8%)
... but what if I'd done something else, what if I'd done this.	Moontlike ander opsies	P13 (4,8%)
... begin dink, moet ek nie dalk begin fietsry of iets nie.	Oorweging van verandering van sport	P17 (4,8%)
... ek het nie geweet wat om te doen nie, en hoe om die situasie te behandel nie.	Onsekerheid oor hantering van situasie	P17; P19 (9,5%)
<i>Hanteringsmeganismes: Intern</i> ...net in myself ingekeer, en die eie pyne en wroegings wat 'n mens het, self verwerk.	Inkering tot die self	P2; P4 (9,5%)
Ek het dit ontken aan my vriende...	Onderdrukking	P2; P4 (9,5%)
Toe het ek begin beplan.	Neem van aksie	P5 (4,8%)
...met die deurstellingsvermoë om dalk weer iets te bereik...	Verwachting van moontlike prestasie	P5 (4,8%)
En ek glo en ek bid dat ek nou selfs vinniger sal wees...	Geloof	P5; P8; P10 (14,3%)

Roudata-tema of aanhaling	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
...jy besef ek kan nou niks daaraan doen nie...	Aanvaarding van situasie	P10; P14 (9,5%)
...ek besef dat as ek miskien op daardie stadium vir Suid-Afrika gespeel het, sou ek dalk nie die kapasiteit gehad het as mens om dit te kan hanteer nie, en ek sou dalk 'n groot gemors daarvan gemaak het.	Rasionalisering	P10 (4,8%)
...die tweede keer besef jy hoe moeilik dit ook vir jou was om die eerste teleurstelling te oorkom, jy het daardeur gekom.	Positiewe verwagting	P10; P17 (9,5%)
...om geestelike doelwitte te hê... en ...dit is net talente wat ons almal gekry het en as ek daar speel en ek gebruik daardie talent, gebruik ek dit nie om myself te verheerlik nie, maar dit is daar om Christus te verheerlik ... en ...dit neem baie druk af...	Plaas situasie in perspektief	P10 (4,8%)
<i>It's a thing you have to live with yourself, you have to make peace with yourself first, before you can explain it to somebody else...</i>	Verwerking van situasie	P13 (4,8%)
<i>I just decided to play darts, and the other sport that is played by the black people, that is called marabaraba.</i>	Kanaliserings van energie	P18 (4,8%)
<u>Hanteringsmeganismes: Ekstern</u> ...jy drink jouself maar dronk aan die pynpille...	Afhanklikheid van medikasie	P7; P17 (9,5%)
...net die feit dat hy, na sy operasies en na dit wat hy deurgemaak het, bo uit gekom het en Springbokkleure gehaal het, het vir my gesê dit kan met my ook gebeur, en na my operasie kan dit net beter word.	Herstel van beserings van ander beseerdes	P8 (4,8%)
...na die dokter toe gaan en vir hom sê gee net vir my ietsie, ek voel verskriklik neerslagtig.	Steun op mediese persone	P17 (4,8%)
...ek was baie neerslagtig gewees en gelukkig het my vrou my baie gehelp...	Steun op geliefdes	P5; P14 (9,5%)
<u>Sukses met hantering van situasie</u> <i>It was very, very difficult for me to cope with that injury.</i>	Probleme met die hantering van die situasie	P3; P4; P6; P11; P19; P21 (28,6%)
<u>Verwagtinge</u> <i>I'm going to start at the back there, I'm going to suffer to reach my goals...</i>	Stel van doelwitte	P1; P3; P12; P17 (19%)
...ek hoop dat dit nie permanent van aard sal wees nie, en dat ek so gou as moontlik weer op my eie voete sal kan staan...	Permanensie van besering	P2 (4,8%)
...ek sal nie weer kan tennis speel nie...	Terminering van sportloopbaan	P3; P6; P12; P13; P14 (23,8%)
...daar is 'n moontlikheid dat ek eendag weer op die sportveld kan hardloop.	Voortsetting van sportloopbaan	P9 (4,8%)

Roudata-tema of aanhaling	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
... ek glo en ek bid dat ek nou selfs vinniger sal wees as wat ek eerste was, en beter sal speel as wat ek eerste gespeel het.	Verbeterde sportprestasie	P8 (4,8%)
... ek het regtig nie gedink ek sal weer kan naby tye hardloop wat ek gehardloop het nie.	Laer sportprestasie-verwagtinge	P21 (4,8%)
... om net weer jou normale werksverrigting terug te kry...	Herstel van basiese vermoëns	P9; P14 (9,5%)
... ek het gedink dadelik daarna sal ek weer kan begin oefen...	Onmiddellike voortsetting van oefenprogram	P17 (4,8%)
<u>Irrasionele gedagtes</u> ... toe dink ek by myself hulle verwyf my...	Verpersoonliking	P2; P3 (9,5%)
... ek het nie gedink ek sal weer kan terugkom nie...	Katastrofering	P3; P6; P9; P11; P12; P13; P14; P15; P19 (42,9%)
... you feel like you can't do anything.	Veralgemening	P6; P17 (9,5%)
... ek sal mos nooit weer kan hardloop op hierdie been nie, en hy het baie maerder as die ander been geword...	Verabsoluttering	P8 (4,8%)
<u>Ingesteldheid</u> Ek het weer probeer positief raak...	Positiewe denke	P5; P9; P15; P17; P20; P21 (28,1%)
... dit was so half traak-my-nie-agtig, ek het nie rêrig omgee nie.	Ongeërgdheid	P5; P11 (9,5%)
You make yourself negative in the morning, you don't want to stand up and go to work, you don't want to be with people, you just want to lock yourself away.	Negatiewe denke	P3; P13; P14; P19 (19%)
<u>Onsekerheid</u> ... ek sou eers net 'n operasie gekry het en dan sou alles oor gewees het, en toe sê die dokter nee, nou kort nog net oefening, en toe sê hy dis 'n virus, toe was ek glad nie meer seker gewees van die saak nie, ek het halfgedink dis 'n mal spul wat aangaan.	Diagnose en advies	P3; P5; P17 (14,3%)
... ek was onseker oor wat ek gaan behaal, of as ek nou begin, wat gaan ek behaal.	Toekomstige prestasie	P5; P11 (9,5%)
... ek het glad nie geweet waar ek lê met my hele lyf, of my spiere of my bene nie, ek het glad nie geweet wat is die krag van my bene nie.	Liggaamlike vermoëns	P5 (4,8%)
... ek het nie geweet waar ek met myself staan nie.	Gebrek aan self-kennis/ onsekerheid	P5 (4,8%)

Roudata-tema of aanhaling	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>Hoe lank dit gaan vat vir die been om weer te herstel.</i>	Onsekerheid oor duur van herstelperiode	P2 (4,8%)
<i>So half of ek nie geweet het wat moet ek nou doen nie. Ek het nie geweet waarnatoe...</i>	Onsekerheid oor aksies om te loods	P17; P19 (9,5%)
<u>Persepsie van pyn</u> <i>Na die operasie was my skouer baie seer gewees, dit was soos in 'n lam gevoel, en ek het maar gedog dis maar seker van die operasie...</i>	Kennis van pyn	P3 (4,8%)
<i>...ek het gedog ek moet maar deur die pyn gaan, want dis al manier hoe ek die ding gaan sterk kry, en dit het net al hoe erger geword.</i>	Hantering van pyn	P3 (4,8%)
<i>Jy kan voel wanneer hy uittrek, en dan begin die skouer seer word, dan hardloop jy en jy gaan drink 'n pynpil, en dan kry jy, amper soos 'n "drug-vibe", en dan voel jy weer lekker, jou bloed voel alles weer lekker, en daar's minder pyn en so, jy drink hom eerder.</i>		P7 (4,8%)
<i>...ek dink dit was al so sielkundig seer gewees, ek het nie meer geweet wat is seer en wat is pyn nie, of wat is styf en wat is pyn nie, of wat is dit nou maar net as ek hard geoefen het.</i>	Sielkundige oorsaak	P5 (4,8%)
<i>So that caused pain the whole time, you can't move around, you can't drive a car... and ... you feel like an invalid.</i>	Nagevolg van pyn	P13 (4,8%)
<i>...toe die pyn begin minder word, en 'n ou begin meer funksioneer, toe begin 'n ou weer positief raak, toe begin 'n ou weer sien jy moet nou maar net geduldig wees...</i>	Effek op ingesteldheid	P14; P17; P19 (14,3%)
<u>Betekenis van sport</u> <i>Ek moes daar spring om my Springbokkleure te behou, so met die besering, met die af knieskyf en spiere het ek nog steeds my sprong gedoen om die wapen te kon behou... en ...jy maak ander persepsies in jou lewe, en dit gee vir jou ander denke, dit sê dit was nie vir jou beskore nie, en nou moet ek maar voortgaan sonder dit.</i>	Verandering van persepsie	P2 (4,8%)
<i>...dis wonderlik om die spel te kan speel, maar dit moet nie jou alles wees nie. Daar is ander dinge in die lewe wat eintlik maar meer belangrik is as rugby, en onder andere een van hulle is goeie verhoudings...</i>	Prioriteite	P10 (4,8%)

Roudata-tema of aanhaling	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
...jy kan agter drome aan hardloop en die dinge soek wat vir jou belangrik is, maar as dit nie God se perfekte wil vir jou lewe is nie, en jy loop die pad saam met Hom, dan moet jy dit nou maar aanvaar. Toe het ek beseft maar wag 'n bietjie, daar is meer in die lewe as net rugby speel, en toe het ek my sienswyse ten opsigte van rugby totaal en al verander. Meer, ek vergelyk dit met 'n skoenlapper. As jy rondhardloop met jou kaal hand en jy probeer hom vang, gaan jy hom nooit gevang kry nie, maar as jy gaan stil sit is die moontlikheid daar dat daardie skoenlappertjie kom en hy gaan sit op jou skouer. Wat wonderlike is, is as 'n ou dit beseft vir die eerste keer, dan is dit ook ten opsigte van jou sportinsiggewend, ewe skielik is alles vir jou lekkerder, jy geniet dit, daar is nie meer die stres van ek moet dit presteer, en ek moet dat doen nie.	Eksistensiële gedagtes	P10 (4,8%)
... 'n ou gaan maar in 'n fase in voor jy nou beseer was en alles dan loop alles vir jou reg, jy doen alles wat reg is, en nou skielik dan stel 'n ou nie meer belang nie, 'n ou verloor belangstelling, dit is nie meer vir jou so belangrik om vroeg te gaan slaap in die aand nie, jy gaan uit in die aand, jy drink, dit beïnvloed jou, jy ervaar nie emosies nie, jy voel niks meer nie.	Verleen struktuur aan bestaan	P11 (4,8%)
Daar is 'n verskil tussen 'n professionele atleet soos ek wat 'n vaste tipe werk het... en my hele lewe nie net om atletiek draai nie, ek het 'n besigheid om te hardloop ... en ... Atletiek is net vir my 'n byvoordeel op die oomblik, want dit gee goeie publisiteit vir 'n ou se besigheid, maar nog steeds, dis 'n lekker gevoel om te presteer...	Publisiteit	P11 (4,8%)
... as die ding in jou bloed is, sal jy dit weer doen jy weet, ek sal in my tweede lewe seker al hierdie pyn weer deurgaang vir dit. Die satisfaksie wat 'n ou uit die sport uit kry, is eenvoudig vir jou net te groot...	Bevrediging	P14 (4,8%)
<u>Eksistensiële vrae</u> ... ek dink mens hoef nie net altyd die groot groen en goud te wil dra nie, jy moet dink aan ander omstandighede ook, jou eie familie en so aan.	Prioriteite	P2; P10 (9,5%)
... of atletiek nog die moeite werd is, of sport of enige sport nog vir my die moeite werd is om te doen.	Sin van sport-beoefening	P5 (4,8%)
<u>Geestelike vrae</u> Ek het dalk gedink dit het dalk gebeur omdat ek dalk iets in my lewe verkeerd gedoen het...	Straf vir oortredings	P3 (4,8%)
... beseft maar dit is dalk die manier wat God my terugruk... en ... ek dalk 'n bietjie weggegaan het, dat Hy my weer terugbring...	Metode van berisping	P14 (4,8%)
En ek het 'n geestelike worsteling ook gehad, wat my ook ver van die Here af gevat het, maar ek is weer terug...	Geestelike stryd	P4 (4,8%)
... want ek het net gevoel as die Here regtig vir my lief is, hoekom doen hy dit aan my?	God se liefde	P4 (4,8%)

Roudata-tema of aanhaling	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
... voor die besering was ek so positief, en ek het absoluut alles gedoen, my talente op God om vir Hom te wys ek eer Hom en loof Hom op die baan en toe ek beseer is, toe dink ek wat gaan ek nou doen, hoe gaan ek Hom nou loof en prys en toe het ek half seer gevoel...	Wyse van prysing	P5; P10 (9,5%)
... maybe you've been bewitched or something, you know, somebody doesn't want you to perform... and ... some colleagues advised me to go... and ... to a traditional healer...	Getoor	P6 (4,8%)
<u>Selfbeeld</u> Dit het my eintlik minderwaardig laat voel, want ek kon dinge doen wat hulle gedink het ek kon nie doen nie, ek kon dit doen.	Minderwaardigheid	P4 (4,8%)
... ek het nie geweet waar ek met myself staan nie.	Onsekerheid	P5 (4,8%)
... you pick up weight and you start feeling not at all like a man...	De-evaluerings	P13 (4,8%)
... ek was nogal gesteld op wat mense gaan sê, toe het ek die dag in die klas gekom toe sê die outjie vir my, ja, jy sal weer bietjie moet begin oefen. Toe dink ek dadelik ek lyk nou sleg, my lyf lyk nou sleg, dis hoekom hy dit vir my gesê het. Ek het nie goed oor myself gevoel nie, ek het nie.	Fisieke toestand se effek op selfbeeld	P17 (4,8%)
<u>Siening ten opsigte van besering en fase van sportloopbaan</u> ... as 'n ou dalk op 'n latere stadium so 'n terugslag sou kry, en dalk nog nie daardie doelwit bereik het nie, kon dit dalk moeilik gewees het. Ek het darem geweet ek het nog 'n paar jaar aan my kant, en 'n ou kan nog steeds daarby uitkom.	Gerusstelling	P10 (4,8%)

Twee en veertig persent van die toetslinge het nege tipes vrae gehad betreffende 'n verklaring vir die besering, asook die moontlike neem van verantwoordelikheid vir die besering. Persoon 6 het aangedui dat hy gewonder het of hy nie dalk "getoor" was nie, omdat so iets nie vreemd in sy kultuur is nie. Vrae is ook rondom toekomstige prestasie en die voortsetting van die sportloopbaan gevra. Eksistensiële vrae is deur 14,3% van die toetslinge gevra en het gehandel oor die sin van sportbeoefening en die verkryging van nasionale kleure.

Geestelike vrae is deur 19% van die toetslinge gevra. Die vrae het verband gehou met die liefde van God, moontlike straf vir oortredings en beserings as 'n metode van berisping. Persoon 4 het die proses as 'n geestelike worsteling beskryf.

Elf interne hanteringsmeganismes is deur 42,9% van die toetslinge gebruik om die situasie te hanteer. Van hul het hul gevoelens vir hulself gehou, ander het begin aksiestappe neem. Rasionali-

sering van die situasie, asook aanvaarding daarvan het plaasgevind en dié persone (14,3%) het staat gemaak op hul geloof om hul deur hierdie tyd te dra.

Eksterne hanteringsmeganismes soos medikasie, die voorbeeld van ander herstel beseerdes en steun op medici en geliefdes is gemeld.

Bykans 30% van die toetslinge het aangedui dat hul dit moeilik gevind het om die situasie te hanteer.

Agt eerste-ordetemas verwant aan onsekerheid is deur 33,3% van die toetslinge geïdentifiseer. Onsekerheid het bestaan aangaande die diagnose en advies (14,3%), toekomstige prestasie (9,5%), liggaamlike vermoëns (4,8%), selfkennis (4,8%), mate van herstel (4,8%), die duur van die herstel (4,8%), asook die aksies wat geloods moes word (9,5%).

Heelwat vrae bestaan rondom pyn. Dit blyk dat sommige persone (33,3%) onseker was oor die betekenis en aard van die pyn en hoe dit hanteer moes word. Hulle was ook onseker oor watter effek pyn op hul emosies en ingesteldheid tot die besering sou hê.

Twee en veertig persent van die toetslinge het gedink dat hulle nooit van die besering sou herstel nie en 23,8% het verwag dat dit die einde van hul sportloopbaan geïmpliseer het. Meer as 28% het 'n positiewe ingesteldheid gehad, ten spyte van hul verwagtinge en ander kennisies rakende die besering. Negentien persent het 'n negatiewe ingesteldheid gehad en 9,5% het 'n ongeërgde houding ingeneem.

Verskeie ander kennisies is dan ook beleef soos genoem in die tabel.

4.4.2 Emosies

Die emosies wat ervaar is gedurende die vroeë-rehabilitasiefase, word vervolgens in Tabel 18 bespreek.

Tabel 18: Emosies ervaar gedurende die vroeë-rehabilitasiefase

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<u>Positief</u> <i>Opgewonde om weer te begin...</i>	'n Gevoel van opgewondenheid	P17 (4,8%)
<i>I just felt positive, I told myself that one day the injury will be healed.</i>	'n Positiewe gevoel van optimisme	P18 (4,8%)
<i>... alles was nuut vir my, die hardloop was vir my lekker...</i>	'n Aangename gevoel van genot	P21 (4,8%)
<i>Ek het soort van geen emosie gehad nie...</i>	Afgeplatheid	P4; P13 (9,5%)
<u>Negatief</u> <i>... my skouer het al hoe erger geraak, en toe het ek baie begin bang raak...</i>	Bangheid	P3; P5 (9,5%)
<i>... ek het rêrig kwaai sleg gevoel, en ek het gedink ek sal glad nie kan terugkom en weer kan speel nie.</i>	Teleurgesteldheid/ 'n Slegte gevoel	P3; P5; P6; P8; P9; P10; P11; P12; P17; P21 (47,6%)
<i>... dit frustreer my om nie te gaan oefen nie...</i>	Gefrustreerdheid	P4; P10; P16 (14,3%)
<i>Ek het baie aande myself aan die slaap gehuil...</i>	'n Gevoel van hartseer	P4; P5; P17 (14,3%)
<i>Toe het ek weer beter gevoel, maar nog steeds was ek kwaad...</i>	'n Gevoel van woede	P5; P6 (9,5%)
<i>I'd say I hated everything...</i>	'n Gevoel van haat	P6 (4,8%)
<i>...jy word onfiks en tel gewig op... en ...Jy raak depressief daaroor.</i>	'n Depressiewe gevoel	P8; P13 (9,5%)
<i>Baie terneergedruk.</i>	Neerslagtigheid	P5; P14; P17 (14,3%)
<i>... toe die gips afgekom het... en ...mens is nogal geskok om te sien hoe jy lyk daarna...</i>	Geskoktheid	P17 (4,8%)
<i>... ek het regtig senuweeagtig gevoel...</i>	Senuweeagtigheid	P17 (4,8%)
<i>My gevoel was negatief gewees, ek het nie geweet wat om te doen nie, en hoe om die situasie te hanteer nie.</i>	'n Negatiewe gevoel van onbevoegdheid	P19 (4,8%)

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<u>Gemoedsverandering</u> ... ek is gewoon ek is altyd besig in die middag, en toe moes ek in die middag in die koshuis sit en ek moes maar boek gelees het, dit het my rêrig kwaai gevang...	Verbreking van roetine	P3 (4,8%)
... ek het met landloop begin en dit het my nogal baie gehelp.	Herkanalisering van energie	P3 (4,8%)
Ek was emosioneel baie onstabiel gewees, enigiets kon my dadelik afgesit het, die kleinste dingetjie wat my nooit sou afsit nie, het my dadelik afgesit...	Stabiliteit van gemoed	P4; P13 (9,5%)
... ek was negatief gewees, maar toe verander dit positief namate my besering reggekom het...	Herstel van besering	P14; P19; P20 (14,3%)
Ek het vir amper 'n jaar niks gedoen nie, en ewe skielik kon ek weer gaan hardloop. Onmiddellik het die ding geswaai, want al hardloop ek nie op teer, hardloop is vir my belangrik.	Deelname aan sport-aktiwiteite	P21 (4,8%)
<u>Vermoë tot ventilering van gevoelens</u> ... the whole time they ask you, are you all right, and you say yes, I'm all right, and in the meantime you're dying from the inside. It's eating you up from the inside, and you can't let your emotions out. It builds up and it builds up, and it start bubbling...	Terughouding	P2; P4; P13 (14,3%)
... anything that I would talk about... and ... how bad is my injury...	Mededeling	P6 (4,8%)

Die tipe emosies wat ervaar is het gewissel van positief (14,3%) tot geen emosie (9,5%) tot negatief (71,4%). Vir sommige van die toetslinge was dit 'n geleentheid om weer stadigaan aktief te begin raak en dit het gemaak dat hul positiewe emosies begin beleef het. Dit blyk dat Persoon 18 se positiewe verwagting ten opsigte van die herstel van die besering aanleiding tot 'n positiewe gevoel gegee het.

Die negatiewe emosie wat die meeste voorgekom het was teleurgesteldheid, naamlik by 47,6% van die toetslinge. Die negatiewe gevoelens het egter gewissel van bangheid (9,5%), gefrustreerdheid (14,3%), hartseer (14,3%), 'n gevoel van woede (9,5%), 'n gevoel van haat (4,8%), depressiwiteit (9,5%), neerslagtigheid (14,3%) senuweeagtigheid (4,8%) en 'n negatiewe gevoel van onbevoegdheid. Dit blyk dus dat intense emosies gedurende hierdie fase gepresenteer het.

Die verbreking van die roetine waaraan sportlui gewoon was, het Persoon 3 se emosionele gesteldheid verswak. Bykans 10% van die toetslinge het aangedui dat hulle emosioneel onstabiel was en dat 'n gemoedswaai deur eenvoudige stressors veroorsaak kon word.

Die herkanalisering van energie deur die beoefening van 'n ander sportsoort het dit vir Persoon 3 moontlik gemaak om beter te voel. Die herstel van die besering, asook deelname aan gekontroleerde aktiwiteite, het 9% van die toetslinge se emosies van negatief na meer positief laat verander.

Van die toetslinge het probleme met die ventilering van hulle gevoelens ervaar en het eerder geneig om hul emosies in te hou. Persoon 6 het egter nie gekroom om oor sy besering te praat nie.

4.4.3 Gedrag

Die gedrag soos geopenbaar gedurende die vroeë-beseringsfase, word vervolgens in Tabel 19 weergegee.

Tabel 19: Gedrag openbaar gedurende die vroeë-beseringsfase

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<u>Ego-vreemde gedrag</u> <i>... maar ek is iemand wat vinnig leer, en ek het begin stadig leer en gesukkel om te leer...</i> <i>Ek was stiller as gewoonlik, en ek was besig om 'n perfeksionis te word want as jy skeef by my deur ingestap het, het jy dit nou maar net gekry en ek was baie kortaf met my gesin veral gewees... en ... of hulle het gedink ek gaan deur hierdie verskriklike rebelse stadium van my lewe...</i> <i>... skielik dan verloor jy belangstelling, dit is nie meer vir jou so belangrik om vroeg te gaan slaap in die aand nie, jy gaan uit in die aand, jy drink... en ... jy voel niks meer nie...</i> <i>... but other people say to me that I was a horrible person. You could see they didn't actually want to come near me, because then I'm just gonna freak out... and ... the what-you-want-type of thing...</i> <i>... you don't want to stand up and go to work...</i> <i>... ek het hom doodeenvoudig gevloek, want hy verstaan nie...</i>	Sukkel om te leer Geagiteerde gedrag Verhoogde drankgebruik Emosionele uitbarstings Passiewe gedrag Gebruik van vloektaal	P3; P19 (9,5%) P4 (4,8%) P11; P14; P16 (14,3%) P13 (4,8%) P13 (4,8%) P17 (4,8%)
<u>Verplasing van energie</u> <i>... ek het opgestaan uit die hospitaal uit, en dieselfde dag weer my gras begin sny.</i> <i>... tennis... en ... toe het ek maar net gefokus op my landloop.</i>	Hervat van aktiwiteite Beoefening van ander sportsoort	P2 (4,8%) P3; P18 (9,5%)

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
...om my gedagtes weg te vat het ek altyd 'n videofilm gekyk waar ons gespeel het, dit het my meer positief laat voel...	Kyk van video's	P9; P10 (9,5%)
Ek het ander dinge wat ek kan doen wat my besig hou, dis nie dat my hele lewe net om atletiek draai nie, ek het 'n besigheid om te hardloop, ek het baie ander dinge wat ek kan doen om my aandag af te trek van die atletiek af.	Bestuur van besigheid	P11; P15; P16; P17; P19 (23,8%)
...dit het vir my interessant geraak om te kyk hoe ver kan ek my liggaam vat, deur my bolyf nou te ontwikkel.	Kompensasie van liggaamlike krag	P17 (4,8%)
<u>Ontkennende gedrag</u> As iemand my vra hoe gaan dit, dan sê ek dit gaan goed, so ek het nooit klagtes om by iemand te gaan huil nie.	Wegsteek van ware emosies	P2 (4,8%)
<u>Onttrekkende gedrag</u> ...ek sit baie alleen en dink, en pas my nie maklik aan by my maats nie, hulle sal vir 'n lang tyd alleen staan en dan wonder hulle wat gaan aan?	Verandering in optrede teenoor vriende	P9 (4,8%)
...you don't want to be with people, you just want to lock yourself away.	Verkies alleenheid	P13; P19 (9,5%)

Meer as 33% van die toetslinge het ego-vreemde gedrag begin openbaar. Hierdie gedrag het gewissel van inkorting van leervermoë, tot persoonsverandering waar persone ewe skielik swak interpersoonlike vaardighede openbaar en na buite destruktiewe stimuli gaan soek.

Bykans 48% van die toetslinge het egter hul energie verplaas na ander aktiwiteite soos gras sny, video kyk, die beoefening van ander sportsoorte en het begin fokus op hul studies en werk. Persoon 17 het nie net gimnasium werk gedoen nie, maar was daarop uit om haar liggaamskragte te toets.

Persoon 2 het ontkennende gedrag openbaar deur altyd te sê dat dit goed gaan indien hy oor die stand van sy besering gevra is.

Meer as 14% het aangetoon dat hul van ander persone se geselskap onttrek het.

4.4.4 Stressors

Die stressors wat gedurende die vroeë-rehabilitasiefase ervaar is, word vervolgens in Tabel 20 weergegee.

Tabel 20: Stressors ervaar gedurende die vroeë-rehabilitasiefase

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>...ek weet dit is mense wat die finansiële bystand gehad het, en ek het dit nie gehad nie, so dit is waarom ek sê dit was negatief vir my.</i>	Finansies	P15 (4,8%)
<i>...om eerlik te wees, ek het nie altyd by die rehabilitasieprogram gebly nie, dit sal bietjie langer vat nou, basies maar as gevolg van akademiese druk...</i>	Studies en werk	P2; P8; P17; P19 (19%)
<i>...my skouer het teen die fisioterapie begin werk, en ek wou nie beter word nie...</i>	Beseringsherstel	P3; P5; P14; P15; P16; P17 (28,6%)
<i>...hy het my gelos... en ... ek het hom gesê dis glad nie 'n goeie tyd wat hy gekies het om my te los nie...</i>	Verhoudings	P17; P19 (9,5%)
<i>...dit was die heeldag deur pyn gewees... en ...daar was nie iets wat ek kon doen om ontslae daarvan te raak nie...</i>	Pyn	P3; P7 (9,5%)
<i>Ek moes gekyk het hoe hulle oefen, en dit het my frustreer.</i>	Sportlui wat oefen en presteer	P1; P4; P6; P10; P11; P14; P16; P19 (38,1%)
<i>Dit was nogal vir my kommerwekkend dat ek alleen gestaan het...</i>	Onbetrokkenheid van sportliggaam	P7 (4,8%)

Verskeie faktore was as stressors deur 76,2% van die toetslinge geïdentifiseer. Van hierdie faktore het verband gehou met die besering self, naamlik die mate van beseringsherstel (28,6%) en pyn ervaar (9,5%).

Ander fasette van hul lewens het ook as stressors gedien, soos byvoorbeeld hul finansiële posisie (4,8%), studies en werk (19%) en hul verhoudings (9,5%).

Blootstelling aan sportlui wat oefen en presteer was deur 38,1% as stresvol beleef. Daar is ook genoem dat die betrokkenheid van 'n sportliggaam nie na wense was nie.

4.4.5 Verliese

Die verliese wat gedurende soos die vroeë-beseringsfase ervaar is, word vervolgens in Tabel 21 weergegee.

Tabel 21: Verliese ervaar gedurende die vroeë-rehabilitasiefase

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>Seker ek lyk nie goed nie, ek is nie meer in dieselfde vorm as wat ek was voor die besering nie, my lyf het rêrig afname getoon omdat ek nie geoefen het nie, ek was nie tevrede hoe ek gelyk het nie.</i>	Liggaamlike aantreklikheid	P8; P13; P17 (14,3%)
<i>... sometimes I want to be a lady, I want to wear high heels, but my legs don't want it...</i>	Vroulikheid	P12 (4,8%)
<i>... ek was onseker oor wat ek gaan behaal...</i>	Selfvertroue	P5 (4,8%)
<i>... you have that feeling of training, your body needs that thing, but you know you can't.</i>	Deelname	P3; P5; P6; P16 (19%)
<i>... but when I go to training, I'll have to start at the beginning. I'm going to suffer to reach my goals.</i>	Doelwitbereiking	P1; P3; P4; P6; P11 (23,8%)
<i>... sport is vir my 'n geweldige afleiding, ek gaan ontlaai die dag by die atletiek, so dis vir my afleiding, en as ek die heelyd moet sit en leer en werk, ek sal mal word as ek net dit moet doen.</i>	Katarsismeganisme	P4; P17; P21 (14,3%)
<i>I had to sit down for three months, watching the other guys taking some titles that I could have clinched... and ... maybe I could have clinched it...</i>	Suksesvolle oefenmaats	P1; P6; P10; P11; P16 (23,8%)
<i>... jy begin wonder, gaan 'n ou ooit weer normale funksie van jou been hê...</i>	Liggaamlike vermoëns	P2; P10; P13; P14 (19%)
<i>Ek wil so min as moontlik op ander mense steun en 'n las vir ander mense wees, so ek wil so gou as moontlik weer op my eie voete wees</i>	Outonomieit	P2; P4; P10; P17 (19%)
<i>... ek het net daar gelê die heelyd en gedink, jy weet jy word onfiks...</i>	Fiksheid	P4; P8 (19%)
<i>dis maar frustrerend jy weet, as mens hardloop jy rond, jy speel rugby en jy speel gholf, en jy's buitekant, en nou ewe skielik kan jy niks doen nie...</i>	Aktief te wees	P3; P8; P11; P17; P21 (23,8%)
<i>...nou skielik stel 'n ou nie meer belang nie, 'n ou verloor belangstelling, dit is nie meer vir jou so belangrik om vroeg te gaan slaap in die aand nie...</i>	Belangstelling	P11 (4,8%)
<i>...you can't move around, you can't drive a car, you feel like an invalid.</i>	Mobiliteit	P8; P10 (9,5%)
<i>Dit was vir my so, ek het altyd klas toe gegaan, en ek het geweet as vyfuur kom, kan ek op my fiets klim, atletiek toe ry en gaan atletiek oefen. Ewe skielik het vyfuur gekom en daar was niks om te doen. 'n Deel van my lewe was net weg gewees, ek het niks gehad om met myself te doen nie.</i>	Lewenswyse	P14; P17 (9,5%)

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>Die eerste ruk het ek begin siek raak, my gestel was totaal en al af gewees...</i>	Gesondheid	P17; P19 (9,5%)

Verskeie verliese wat verband hou met hul fisieke vermoëns en voorkoms, asook sosiale omstandighede en emosionele ontlaadingsmeganismes is ervaar.

4.4.6 Opsomming

Die vroeë-rehabilitasiefase was veral gekenmerk deur vraagstelling wat gewissel het van verklaring vir die besering, regverdiging van die besering en die effek op toekomstige prestasie en sportdeelname. Daar is van verskillende interne en eksterne hanteringsmeganismes gebruik gemaak om die situasie te hanteer.

Dit blyk dat katastrofering die irrasionele kognisie is wat die meeste voorkom. Verskeie toetslinge het dus geneig om die situasie as erger voor te stel as wat werklik die geval was en het 'n negatiewe verwagting gehad. Onsekerheid was ook aanwesig.

Onkundigheid aangaande pyn is aanwesig. Die mate van pyn wat ervaar is het ook 'n definitiewe effek op van die toetslinge se kognisies en emosies gehad.

4.5 LAAT-REHABILITASIEFASE

4.5.1 Kognisies

Die kognisies wat gedurende die laat-rehabilitasiefase beleef is, word vervolgens in Tabel 22 weer-gegee.

Tabel 22: Kognisies beleef gedurende die laat-rehabilitasiefase

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>I wasn't sure where I was going now, my goals had been cut off, not exactly destroyed, but cut off, so I was not sure what would happen...</i>	Onsekerheid	P13; P14; P16 (14,3%)
<i>... nou moet ek harder werk om weer te kan terugkom.</i>	Implikasies van besering	P3; P6; P16 (14,3%)
<i>... after my injury I wanted to reach my best performance again, I wanted to run with those guys again ...</i>	Verwagtinge	P1; P6; P8; P12 (19%)
<i>... negative about the injuries taking long to heal ...</i>	Duur van helings-proses	P5; P13; P21 (14,3%)
<i>... ek het nie geweet wat om te dink, is dit nou net gewone pyn wat later sal oorgaan... en ... ek gaan vir baie lank nog pyn voel.</i>	Persepsie van pyn	P5 (4,8%)
<i>... my ma-hulle het my probeer raad gee, en ek het myself probeer motiveer, maar dis baie moeilik... en ... ek dink dis toe ek na 'n sportsiellkundige toe gegaan het, dat ek weer selfvertroue gekry het, en myself kon motiveer. Voor dit het ek niks motivering gehad in die lewe nie, ek het nie na iets uitgesien nie.</i>	Motivering	P5; P6; P21 (14,3%)
<i>... ek het net besluit dit sal werk, en toe het dit beter gegaan.</i>	Positiewe ingesteldheid	P2; P3; P6; P14 (19%)
<i>... you look at what you have, and you think, well, I can get through it, it's just that how am I gonna do it.</i>		P13 (4,8%)
<i>... I thought the injury should have been fatal... and ... I would rather just be dead than to sit with what I had at that moment.</i>	Negatiewe ingesteldheid	P13 (4,8%)
<i>... want ek het geweet as ek weer wil baie goed hardloop, dat 'n lang pad voorlê en dat dit harde werk sal vra. Ek was ook maar negatief.</i>		P21 (4,8%)
<i>... believe that there is nothing that can help me without athletics and school... and ... I got a sport bursary... and ... due to the injury it is all gone...</i>	Betekenis van sport	P16 (4,8%)

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>Interne hanteringsmeganismes</i> ...ek verwerk dit op my eie manier... en ...skuif dit uit... en ... vergeet dit... en ... probeer dit onderdruk sonder medikasie...	Onderdrukking	P2 (4,8%)
... you have to pray, please God, help me to solve this one...	Geestelike hantering	P8; P9; P10; P16 (19%)

Bykans 67% van die toetslinge het agt eerste-ordetemas geïdentifiseer wat verband hou met die implikasie van die besering met betrekking tot hul terugkeer na kompeterende sport (14,3%), sekere vrae wat nog aanwesig was (14,3%) en verwagtinge oor verdere sportprestasie (19%).

Bykans 24% het 'n positiewe ingesteldheid tot die rehabilitasie gehad en 9,5% was negatief. Persoon 21 het besef dat baie werk voorgelê het indien sy weer goeie prestasies wou lewer en dit het haar negatief gemaak.

Negentien persent het gemeld dat hul hantering van die situasie baie van hul geestelike praktyke afgehang het.

4.5.2 Motivering om by die behandelingsplan te bly

Die volgende motiverings, soos weergegee in Tabel 23, is geïdentifiseer oor hoekom die sportlui die behandelingsplan gevolg het.

Tabel 23: Motivering om by die behandelingsplan te bly

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>Dat my pyn weer kan oorgaan...</i>	Terminering van pyn	P5; P6; P8; P17 (19%)
<i>Om so normaal as moontlik, so gou as moontlik te loop.</i>	Herwinning van basiese funksies	P2; P5; P13 (14,3%)
<i>... dat ek weer kan spring...</i>	Behoeftes aan sportdeelname	P5; P6; P8; P17 (19%)
<i>... 'n ou het mos vir jouself doelwitte gestel wat jy met jou sport wil bereik, en die groot ding is as jy rêrig ernstig is daarvoor... en ... gaan jy nog steeds probeer om daarby uit te kom.</i>	Doelwitte	P1; P6; P8; P10; P11; P17 (28,6%)

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
...ek dink dis hoe my bene gelyk het, ek het hierdie idee, soos ek gelyk het voor die besering, dis hoe ek graag wil lyk, en ek weet as ek so kan lyk, kan ek nog beter lyk... en ...nou na die besering, ek lyk nie goed nie, ek is nie tevrede met myself nie. Ek dink ek dink baie terug, en ek verwys baie terug, as ek net weer so kon gelyk het soos voor die besering.	Liggaamsbeeld	P13; P17 (9,5%)
...ek het saam met hulle Bybelstudie gehou...	Godsdiens-beoefening	P19 (4,8%)
...my ma veral, sy het vir my gesê jong gaan uit, gaan speel, al kan jy nie, probeer net.	Sosiale ondersteuning	P3; P4; P6; P9; P13; P15; P19; P20 (38,1%)
...die fisioterapeut het baie mooi met my gewerk en sy het vir my met alles gehelp, en sy was net baie oulik, en sy het my gerus laat voel, en sy het my gemotiveer. Dit het my laat voel dit gaan werk...	Mediese rehabilitasiespan	P3 (4,8%)
...as ek altyd sokker gekyk het op TV, en altyd gesien het die manne is lus vir die lewe en hulle het gehardloop, dit het my meer gemotiveer...	TV-sport modelle	P9 (4,8%)
Aanmoediging deur onbekende ondersteuners wat aangedui het dat SA hom nodig het.	Publieke ondersteuning	P14 (4,8%)

Soos blyk uit Tabel 23 het verskeie faktore, intern en ekstern, toetslinge gemotiveer om getrou deel te neem aan die rehabilitasieprogram.

4.5.3 Emosies

Die emosies wat gedurende die laat-rehabilitasiefase ervaar is, word vervolgens in Tabel 24 weer-gegee.

Tabel 24: Emosies ervaar gedurende die laat-rehabilitasiefase

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<u>Positiewe emosie</u> <i>I was feeling happy... and ... it was the happiest thing... and ... to come from your injury and to to start training...</i>	Blydskap	P6 (4,8%)
<u>Negatiewe emosies</u> <i>Dit het my nogal gefrustreer want ek het uit die gym uit gekom en dan het ek gaan stap en gaan draf, so dit is 200m stap, 200m draf.</i>	Gefrustreerdheid	P4 (4,8%)
<i>... ek was verskriklik bang om te oefen, as ek iets gevoel het, het ek dadelik opgehou...</i>	Bangheid	P5; P19; P21 (14,3%)
<i>... dit het my weer baie depressief gemaak...</i>	Depressie	P8 (4,8%)
<i>... baie teleurgesteld gewees in die besering...</i>	Teleurstelling/voel sleg	P8; P14; P15 (14,3%)
<i>Very, very negative... and ... you think, just end your life.</i>	Moedeloosheid	P13; P20 (9,5%)
<i>Your emotions were confused... and ... I'm still confused...</i>	Verwardheid	P13 (4,8%)
<i>... I'd rather get negative and have mood swings...</i>	Gemoedswaie	P13 (4,8%)
<u>Gemoedsverandering</u> <i>... my emotions before the accident were good... and ... then the accident happened, no emotions at all, and now I'm making contact with my emotions again...</i>		P13 (4,8%)

Die emosies wat ervaar is, het gewissel van positief, waar 'n persoon weer kon begin oefen, tot depressief. 'n Gevoel van gefrustreerdheid het voorgekom waar die rehabilitasieprogram nie aan die individu se behoeftes voldoen het nie. 'n Vrees dat 'n verdere besering kon plaasvind het aanleiding tot vrees gegee.

Sekere verliese wat ervaar is, soos om nie aan betekenisvolle sosiale sportsgeleenthede deel te neem nie, het aanleiding tot gevoelens van depressie gegee.

Sommige persone was egter nog steeds verward, negatief en teleurgesteld.

Persoon 13 het genoem dat sy emosionele belewenis 'n definitiewe patroon gevolg het van positiewe emosies, geen emosies en hernude kontakmaking met gevoelens.

4.5.4 Gedrag

Die gedrag wat gedurende die laat-beseringsfase geopenbaar is, word vervolgens in Tabel 25 weergegee.

Tabel 25: Gedrag openbaar gedurende die laat-rehabilitasiefase

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>I think through all my mood swings and everything. My girlfriend has seen me in a different light, that's why she has taken her things and decided to leave...</i>	Ego-vreemde gedrag	P11; P13; P14 (14,3%)
<i>I started reading books again, just taking your mind off your physical being, and caught up on things that I hadn't done for a long time... and ...corresponding with people and having people come and visit, making contact again with friends that you haven't seen for a while, and past things that just died out in a person's life.</i>	Herinvestering van energie	P13 (4,8%)
<i>I did what the doctor told me to do, I trained easy...</i>	Gee gehoor aan advies	P1; P4; P5; P13 (19%)
<i>... toe sê hulle hulle het my gesien gras sny en werk in my tuin en dit is nie veronderstel om so te wees nie, ek moet nog op my krukke wees...</i>	Ignorering van advies	P2; P19 (9,5%)

Sommige toetslinge het egter nog steeds ego-vreemde gedrag geopenbaar. Die toetslinge het ook verskillend op die advies van die medici gereageer, party het die raad gevolg en ander het hul eie raad gevolg.

4.5.5 Verliese

Die verliese soos wat gedurende die laat-rehabilitasiefase ervaar is, word vervolgens in Tabel 26 weergegee.

Tabel 26: Verliese ervaar gedurende die laat-rehabilitasiefase

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
... ek het 'n miljoen rand verlies gely...	Finansieel	P7; P9; P10; P11; P14; P16; P21 (33,3%)
... I struggled to get form, I struggled to be fit...	Fiksheid	P4; P6; P9; P21 (19%)
Daar was niks compassion nie... en ...hulle het aangeskui na die volgende atleet toe... en ...my afrigter en my hele ondersteuningsisteem wat daardie tyd by my was, is net weg.	Ondersteuning	P7; P11; P13; P17; P19; P21 (28,6%)
... dit voel of jy 'n deel van jou lewe verloor het...	Faset van lewe	P11; P17; P21 (14,3%)
... ek het niks meer selfvertroue gehad nie.	Selfvertroue	P5; P6; P11 (14,3%)
So die skerpheid in jou spoedkrag het definitief afgeneem, wat mens seker ook outomaties negatief gemaak het, want jy weet jy sal dit een of ander tyd weer moet optel.	Positiewe ingesteldheid	P5; P6; P12; P16; P19; P21 (28,6%)
... was die jaar wat ek moes begin gekies word vir SA spanne...	Doelwitte	P3; P5; P6; P8; P11; P15 (28,6%)
... my spanmaats wat ek mee geoefen het en gehardloop het in my ouderdomsgroep, het baie bereik in daardie tyd, en ek dink ek kon ook ver gewees het op daardie oomblik was dit nie vir my besering nie.	Suksesvolle oefenmaats	P3; P6; P9; P15; P16 (23,8%)
... ek sal nie meer dieselfde gewig en kilometers kan dra en stap soos wat ek voor die ongeluk kon doen nie.	Fisieke vermoë	P2; P6; P12; P20 (19%)
... by Groot Brak het ons net so na die nuwe jaar 'n plaaslike sokker-wêreldbeker waar die strate teen mekaar speel, maar dis iets groots, dis nou al vir tien jaar aan die gang, so ek het dit gemis... en ... Dan het ek ook my jaarlikse Touchy Tournaments gemis op die strand, en al die fisiese aktiwiteite wat ek gewoonlik aan gewoon was...	Deelname aan sportaktiwiteite	P6; P8; P9; P11; P13 (23,8%)
I can't walk or run around any more...	Mobiliteit	P13 (4,8%)
My akademie het baie agteruitgegaan...	Studies	P19 (4,8%)
... hulle het aangeskui ... en ... die ander wat betrokke was met die geld...	Borge	P21 (4,8%)
...people having to carry things after you, they have to bring your food to you, you can't make food in the kitchen because you can't stand and you can't carry a cup or a glass of water, or go to the toilet properly, things like that, that really took a bite out of me, you know.	Selfstandigheid	P13 (4,8%)

Verskeie verliese is ervaar wat gewissel het van finansiële verliese, verliese aan fiksheid, ondersteuning en selfvertroue. Ander verliese was verlies aan fasette van lewe, doelwitte, suksesvolle oefenmaats, fisieke vermoë, mobiliteit, selfstandigheid, borge en studies.

4.5.6 Opsomming

Dit blyk dat die toetslinge se kognisies gehandel het oor die persepsie van die pyn ervaar en hoe lank die helingsproses gaan duur. Die toetslinge se ingesteldhede het ook gewissel. Party was positief en ander baie negatief.

Tydens hierdie fase was daar egter ook verskeie faktore wat hul gemotiveer het om by die behandelingsplan te hou, soos byvoorbeeld die terminering van pyn, doelwitbereiking ensovoorts.

Die emosies wat ervaar is het ook gewissel van positief tot negatief. Sekere verliese wat gely is, het die individue se emosies negatief beïnvloed.

Sommige toetslinge het ag geslaan op mediese advies, maar ander het egter hul eie besluite gevolg.

4.6 TERUGKEER NA KOMPETERENDE SPORT

4.6.1 Kognisies

Die kognisies wat gedurende die terugkeer na kompeterende sport ervaar is, word vervolgens in Tabel 27 weergegee.

Tabel 27: Kognisies beleef gedurende die terugkeer na kompeterende sport

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<u>Ingesteldheid</u> <i>...I told myself I will be better after my injury.</i>	Verbeterde prestering	P1 (4,8%)
<i>Op die wêreldkampioenskappe het ek gesien ou tannies en ou ooms van 50, 60, almal met kniestutte... en ...hulle trap goeie tellings, en hulle loop mank... en ...ek het daar gesit en gedink by myself, as hulle dit kan doen en hulle is 'n voorbeeld, dan kan ek dit ook doen.</i>	Verdere deelname	P2 (4,8%)
<i>...ek het aanvaar dat dit gaan 'n lang tyd wees en ek gaan nie net weer kan deelneem en net weer maklik kan wen of goeie afstande spring nie, dit gaan lank wees voor ek dit weer gaan behaal.</i>	Aanpassing by situasie	P1; P2; P5; P6; P8; P10; P11; P13; P17; P20 (47,6%)
<i>...maar tog was daar iets wat jou terughou van dit, want jy weet jy is geopereer en jy is bang om alles te gee wat jy het.</i>	Onsekerheid	P3 (4,8%)
<i>Ek het in my blokke geklim en gesit en gedink okay, wat nou gebeur, moet gebeur.</i>	Traak-my-nie-agtigheid	P4 (4,8%)
<i>Net om dit weer te geniet, net te weet ek kan spring...</i>	Genot	P3; P5; P11; P18; P21 (23,8%)
<i>...omdat ek weet my skouer het nie reg gerehabiliteer nie en hy voel nie lekker nie, was ek baie negatief.</i>	Negatiwiteit	P7 (4,8%)
<i>Hy't nie gesê ek mag nie nou speel nie, hy't net gesê hy beveel my nie aan om nou te speel nie... en ...ek dink net aan die feit dat dit my laaste O/21 jaar is... en ...ek bedoel, ek gaan nie so iets wil mis nie.</i>	Rasionalisering oor besluit om deel te neem	P8 (4,8%)
<i>Dit is baie moeilik, want 'n ou dink jy het dit nie meer nie as jy daardie eerste keer weer daar insak nie.</i>	Onsekerheid oor prestering	P11 (4,8%)
<i>...weet ek is 'n goeie speler...</i>	Selfvertroue	P10; P11; P14 (14,3%)
<i>Ek was baie positief...</i>	Positiewe ingesteldheid	P15; P16; P18; P19 (19%)
<i>...toe ek eers weer kompetierend hardloop, selfs nou nog, 'n mens is heeltyd beskerm, omdat jy weet van die besering, jy hou maar altyd terug. Jy is glad nie so aggressief in jou hardloop soos voorheen nie.</i>	Selfbeskerming	P19; P21 (9,5%)

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>Ek sou sê my gedagtes was positief gewees, en geestelik was ek weer reg gewees. Ek dink ek het geestelik vinniger herstel as fisies.</i>	Psigiese gereedheid	P20 (4,8%)
<i>Wat gaan nou gebeur, en is dit nie dalk dat hy nog nie reg is nie?</i>	Bevraagtekening	P2; P11; P19 (14,3%)
<i>... vir my half of ek hierdie ding met kompetisie nou uitsorteer het, dis vir my nie so 'n ernstige saak nie, dis meer teen myself wat ek deelneem...</i>	Gedagtes aangaande kompetering	P5; P10; P11; P17 (19%)
<u>Verwagtinge</u> <i>I wanted to be the top athlete in the province, this was my main aim.</i>	Verbeterde prestasie	P1; P11 (9,5%)
<i>Terug in Suid Afrika het ek egter besluit vir die korttermyn, die jaar 1999, sal ek nie aan ernstige kompetisies deelneem nie, om die waarheid te sê, geen kompetisie spronge vir my waar jy met akkuraatheid moet spring nie.</i>	Realistiese doelwitstelling	P2 (4,8%)
<i>... om te kon terugveg en my posisie weer terug te kry...</i>	Bereiking van vorige prestasievlak	P3; P4; P5; P10; P16 (23,8%)
<i>... my sport te geniet soos wat ek dit altyd geniet het.</i>	Bereiking van vorige ingesteldheid	P3; P5 (9,5%)
<i>... om weer daardie psigologiese vlak te bereik waarmee ek geëindig het verlede jaar na die SA O-21 toer...</i>	Psigiese gereedheid	P6; P8 (9,5%)
<i>... want ek weet die dag as ek teruggaan, gaan ek niks verwag nie, ek gaan nie weet waar ek is nie... en ... want ek sal eers moet opbou want mens verloor tog...</i>	Geen verwagtinge	P17 (4,8%)
<u>Bekommernisse</u> <i>... ek was bang iets gebeur weer, my skouer gaan dalk weer...</i>	Vrees vir herbesering	P3; P4; P5; P6; P7; P8; P10; P11; P14; P17; P19 (52,4%)
<i>... omdat ek weet my skouer het nie reg gerehabiliteer nie...</i>	Persepsie rakende mate van herstel	P7; P8; P9; P10; P11; P15; P17; P19; P20 (42,9%)
<i>Dat ek nie weer so goed gaan hardloop soos wat ek gehardloop het nie.</i>	Swak sportprestasie	P1; P5; P6; P10; P11; P21 (28,6%)
<i>Ek was bang gewees toe ek terugkom, want baie van die mense het nie geweet rêrig hoekom ek weg was nie, party het gedink ek het opgehou met tennis, en toe ek teruggegaan het, het my ma-hulle vir my gesê al die mense dink nou ek moet myself weer kom bewys...</i>	Ander persone se opinie	P3 (4,8%)
<i>Ek was bang ek gaan nie aan my eie eise voldoen nie...</i>	Interne verwagtinge	P4; P5; P11 (14,3%)

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>... ek was bang ek gaan nie aan my afrigter en my ouers se eise voldoen nie...</i>	Eksterne verwagtinge	P4 (4,8%)
<i>... plaas ten opsigte van kontrakverpligtinge druk op 'n speler...</i>	Kontrakte en borgskappe	P14; P16 (9,5%)

Verskeie tipes kognisies is beleef. Die kognisies het meestal gehandel oor hul persepsie van herstel, hul gereedheid om deel te neem en die moontlike gevolge van deelname. Bykans 48% van die toetslinge het aangedui dat hul besef het dat dit lank gaan neem alvorens hulle weer op hul vorige vlak van deelname sal presteer.

Hul verwagtinge het ook behels die verbetering en bereiking van vorige prestasie en hul psigiese gereedheid vir deelname. Die afwesigheid van verwagtinge is ook vermeld.

Die hoofbekommernisse wat die toetslinge beleef het, was as volg:

- Herbesering 52,4%
- Persepsie rakende mate van herstel 42,9%
- Swak sportprestasie 28,6%
- Interne verwagtinge 14,3%
- Kontrakte en borgskappe 9,5%
- Ander persone se opinie 4,8%
- Eksterne verwagtinge 4,8%

Hierdie bekommernisse kan ook as onsekerhede beskou word.

4.6.2 Emosies

Die emosies wat gedurende die terugkeer na die kompetisiefase ervaar word, word vervolgens in Tabel 28 weergegee.

Tabel 28: Emosies ervaar gedurende terugkeer na kompeterende sport

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<u>Positief</u> ... dit was vir my lekker om terug te wees...	'n Lekker gevoel	P3 (4,8%)
Ek was ongelooflik opgewonde, om net weer te kan hardloop...	Opgewondenheid	P4; P9 (9,5%)
I was very happy...	Gelukkigheid	P6; P15; P18 (14,3%)
<u>Negatief</u> ... going to worry about performance...	Bekommerdheid	P1; P4 (9,5%)
... toe word hulle gekies, dit was vir my baie sleg gewees...	Teleurgesteldheid	P3; P11 (9,5%)
Ek was bang gewees toe ek terugkom...	Bangheid	P3; P5; P19 (14,3%)
... you become so tense because you're not used to competition.	Gespannendheid	P6; P11; P19 (14,3%)
... omdat ek weet my skouer het nie reg gerehabiliteer nie en hy voel nie lekker nie, was ek baie negatief.	Gebrek aan self-vertroue	P7 (4,8%)
Ek was nog bietjie onseker gewees, maar tog beter as tydens die beseringsfase.	Onsekerheid	P20 (4,8%)

Aangename en opgewonde gevoelens was aanwesig, maar daar was egter ook gespannendheid, bangheid, onsekerheid, bekommerdheid, teleurgesteldheid en negatiewiteit by sommige toetslinge aanwesig.

4.6.3 Gedrag

Die volgende gedrag, soos weergegee in Tabel 29, is gedurende die terugkeer na die kompetisiefase geopenbaar.

Tabel 29: Gedrag openbaar gedurende terugkeer na kompetisie

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>... gewoonlik as jy daar instap is jy net reg om te gooi, en jy weet alles wat om te doen, maar nou fokus jy op jou gooi nie, en jy kan nie, jy beseft nie wat moet jy nou doen en wat aangaan nie, so dan bewe die gewigte ook in jou hande en dan kom jy nie weg nie, en dan klap jy hom nie eintlik reg nie...</i>	Konsentrasie-probleme	P19 (4,8%)
<i>... ek het 'n kompensasië manier aangeleer om te sorg dat hierdie besering nie weer gebeur nie, maar dit alles omdat ek geweet het hy's nie sterk nie.</i>	Kompenserende handeling	P7 (4,8%)
<i>... in my eerste deelname het ek nie so voluit gegaan nie, want ek was bang ek beseer dit weer.</i>	Selfbeskermende gedrag	P15; P19; P21 (14,3%)

Konsentrasie-probleme, asook kompenserende en selfbeskermende gedrag het gepresenteer.

4.6.4 Opsomming

Dit blyk dat verskeie kennisies ten opsigte van die gereedheid vir deelname, fisies en psigies, bestaan. Hierdie kennisies is dan ook bepalend vir die emosies wat beleef en gedrag wat geopenbaar word.

Persoon 3 het byvoorbeeld gemeld:

...maar tog was daar iets wat jou terughou van dit, want jy weet jy is geopereer en jy is bang om alles te gee wat jy het.

4.7 STRUIKELBLOKKE GEDURENDE DIE REHABILITASIEFASES

Die volgende struikelblokke, soos weergegee in Tabel 30, is gedurende deelname aan die reabilitasiefases beleef.

Tabel 30: Struikelblokke beleef gedurende die reabilitasiefases

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>...jy nie glo jy gaan gesond word nie.</i>	Gebrek aan geloof in kans op herstel	P6; P21 (9,5%)
<i>Jy glo nie jy gaan weer so goed hardloop nie...</i>	Negatiewe verwagting oor terugkeer na vorige vlak van prestasie	P2; P11; P16; P21 (19%)
<i>... to start from scratch...</i>		P16 (4,8%)
<i>... who's beating me now...</i>	Suksesvolle sportlui	P16 (4,8%)
<i>... ek het gedink, ek kan nie ten volle oefen nie, want dit gaan een of ander tyd maar net weer seer raak en dan moet ek weer ophou.</i>	Terughou gedurende gimnasiumprogram beoefening	P5; P17; P19; P21 (19%)
<i>... vriendekring was nie by sport betrokke nie...</i>	Gebrek aan ondersteuning	P7; P11; P14 (14,3%)
<i>... ek het verskriklik baie pille gedrink het, en dit maak mens verskriklik moeg...</i>	Nuwe-effek van medikasie	P5; P7 (9,5%)
<i>... die feit dat baie dokters nie die regte diagnose gegee het nie.</i>	Verkeerde diagnose en advies	P3; P4; P14; P17 (19%)
<i>... ek het verskriklik baie pyn gehad en ek het op 'n stadium het ek vir my vrou gesê wel, hulle kan nou maar my heen afsit. Dit gaan minder pyn wees vir my.</i>	Pyn	P8; P14 (9,5%)
<i>... I didn't get enough training... and ... then some other times again I get that injury, you see it repeats itself.</i>	Terugvalle	P3; P14; P16; P17 (19%)
<i>... just to move around again.</i>	Mobiliteit	P13 (4,8%)
<i>... het swem gehaat en het as gevolg daarvan reabilitasie-afsprake gemis...</i>	Onaantreklike reabilitasie-program	P3; P14; P19 (14,3%)
<i>... ek kon nie by die fisioterapie uitkom nie...</i>	Werksverpligtinge	P2 (4,8%) <i>het...</i>
<i>Ek het gevoel ek wil nie ten volle rus nie en ek sal my lading baie afneem, maar ek wou net nog aktief gewees het, ek sou harde oppervlaktes vermy jy weet, en bulte vermy het...</i>	Hardkoppigheid	P2; P19; P20 (14,3%)

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
... daar was nie vir my lekker kanale gewees nie.	Gebrek aan kommunikasie	P3; P7 (9,5%)
... it takes a lot of money, then I don't have any money for that physiotherapy.	Finansies	P12 (4,8%)
'n Mens probeer gewoonlik maar vinniger herstel as wat jy kan herstel, so aan die begin was ek haastig gewees om te herstel, en later het ek beseef maar dit is nie sommer net so maklik nie.	Onrealistiese herstelverwagtinge	P20 (4,8%)
Afrigters se verwagting oor wanneer is jy reg om weer te speel...	Verwagtings deur sportfederasie en afrigters	P14 (4,8%)

Verskillende faktore, beide intern en ekstern, het dus die toetslinge se deelname aan rehabilitasie beïnvloed.

4.8 VOORDELE VERBONDE AAN BESEER WEES

Die voordele verbonde aan beseer wees is deur die toetslinge geïdentifiseer en word in Tabel 31 weergegee.

Tabel 31: Voordele verbonde aan beseer wees

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
<i>... ek was ontslae van my eerste afrigter. Ek moes beseer geraak het om ontslae te raak van hom.</i>	Verlies aan destruktiewe verhoudings	P13; P21 (9,5%)
<i>... ek alleen was en ewe skielik self moes cope.</i>	Ontwikkeling van hanteringsmeganismes	P3; P5; P17; P21 (19%)
<i>... jy waardeer jou sport meer... en ... ek dink jy waardeer die res wat die sport vir jou gee, baie meer as net die prestasie.</i>	Waardering vir wat sport jou bied	P21 (4,8%)
<i>... want prestasie is nie meer so belangrik nie...</i>	Klemverskuiwing weg van prestasie	P10; P17; P21 (14,3%)
<i>... meer gemotiveerd as ek terugkom...</i>	Verhoogde motivering	P17 (4,8%)
<i>... it brought me closer to myself again, I think I understand myself better...</i>	Verbeterde selfkennis	P5; P13; P17; P20 (19%)
<i>... ek dink die ekstra tyd wat 'n ou gekry het, het 'n ou nogal bietjie perspektief gekry oor wat jy eintlik in die lewe wil bereik...</i>	Lewensperspektief	P3; P10; P13 (14,3%)
<i>... het begin om kankerpatiënte in die hospitaal te besoek...</i>	Betrokkenheid by andere in nood	P3; P13; P17 (14,3%)
<i>Ek het rêrig geestelik sterker geword...</i>	Geestelike verdieping	P8; P10; P17 (14,3%)
<i>... I can give better advice to people ...</i>	Advisering van andere	P10; P13; P17 (14,3%)
<i>... well hook turns are forbidden at the moment, and if anybody ask why, they can just have a look at my foot and the other people, so I think the advantage of it in the sport line is that we've stopped something that can kill a person.</i>	Beveiliging van sport	P13 (4,8%)
<i>... jy beseef dit kan met enigiemand, selfs met jou gebeur...</i>	Verwagtinge rakende sport	P5 (4,8%)
<i>Hierdie afgelope vier, vyf maande van besering het nogal vir my iets anders gewys, mens kan nie vir ewig rugby speel nie. Ek speel nog vir drie, vier jaar rugby en dan's jy klaar, wat doen jy daarna? So, hierdie vier maande het vir my gesê luister hierso, as jy klaar rugby gespeel het, kan jy gaan afrig.</i>	Loopbaanvooruitsigte	P7 (4,8%)

Roudata-tema	Eerste-ordetema	Onderhoud (P=Persoon) Frekwensie-analise (%)
... waar dit miskien 'n positiewe uitwerking moes gehad het ten opsigte van 'n ou se sport, was dit presies vir my die teenoorgestelde, want ek het ewe skielik meer geestelike doelwitte gehad as wat ek doelwitte in sport gehad het...	Verbeterde balans	P10; P14 (9,5%)
... aan die ander kant... en ...het ek my kind sien groot-word... en ...het hom gehoor toe hy die eerste keer praat, gesien toe hy die eerste keer loop... en ... vrou bygestaan het met die kraam...	Meer tyd beskikbaar	P2; P4; P7; P8; P10; P14; P17; P19; P20 (42,9%)
... ek nie meer die dryfveer het om nog 'n wêreldkampioenskap te doen nie, of om nog 'n akkuraatheidsprong te doen nie, so die voordeel vir my is dat dit vir my familie nie meer 'n probleem sal wees as mens weg is nie.	Emosionele gerief van gesin	P2 (4,8%)
... 'n bietjie tyd af te hê, om bietjie te rus, om nie die heelyd aan te gaan elke dag iets te doen nie...	Rus	P7; P9; P13; P20 (19%)
... al die sportmanne kon na jou toe, jou vriende kom besoek jou, dit is al voordeel wat ek het, want hulle gesels meer met jou hier as jy beseer is, as daar op die sportveld.	Kontak met vriende	P8; P9; P10; P13 (19%)

Die sportlui het verskeie voordele, meestal sekondêr, uit die toestand van beseer wees, verkry. Meer as 33% het egter aangetoon dat daar eintlik geen voordeel daarin is om beseer te wees nie.

Die inligting soos verskaf in die tabelle word in die volgende hoofstuk bespreek.

HOOFSTUK 5

BESPREKING EN SAMEVATTING

5.1 *Inleiding*

Die bespreking van die navorsingsresultate het slegs betrekking op die spesifieke studiepopulasie van 21 sportpersone. Alle interpretasies word op grond van hul response gemaak. Die sportlui kon moontlik nie korrek gewees het in hul response nie, en die transkribeerder en navorser kon ook die data buite konteks aangebied het. Die kanse op laasgenoemde is egter skraal, omdat die transkribeerder die onderhoude verbatim getik het en omdat daar van driehoekige konsensus tydens die kodering en data-analise gebruik gemaak is.

Die bespreking van data soos vervat in Hoofstuk 4 gaan per fase hanteer word. Enkele voorbeelde sal soms met aanhalings uitgelig word om die geleefde ervaring, soos die kognisies en emosies, in konteks te plaas.

5.2 *Bespreking van navorsingsresultate*

5.2.1 Voorbeseringsfase

Die betekenis wat sportdeelname vir die sportlui inhou is van primêre belang in die verstaan van die rol wat sportdeelname in hul lewe speel. Geertz (1973), Hekman (1986) en Laughlin *et al.* (1990) het daarop gewys dat die kennis van die betekenis van menslike ervaring juis krities in die verstaan van die geleefde ervaring is. Dit is daarom belangrik om eers te verstaan wat die betekenis van sportdeelname is, alvorens die geleefde ervaring van beseer wees verstaan kan word. Die mate waartoe verliese ervaar word, word grootliks deur die betekenis van sportdeelname bepaal.

Dit blyk dat sport vir sommiges 'n beroepsgeleentheid is. Prestasie in sport is dus kardinaal vir verdere lewensukses en verskaf sin en betekenis aan bestaan. Persoon 16 het byvoorbeeld as volg reageer:

...I knew what the future holds if you're a sportsman... and ... it does open the doors for you...

Sport was tydens die voorbeteringsfase ook die lewensprioriteit vir sommige. Die sportpersone se totale bestaan was dus rondom hul sportbeoefening gebou. Persoon 13 het byvoorbeeld as volg reageer:

...everything was dedicated to that, all the time, all the effort, training...

Prestasie in sportdeelname het gelei tot erkenning as mens deur andere. Sommiges het dus 'n eksterne lokus van kontrole. Dit het ook 'n leiersposisie aan byvoorbeeld persoon 16 verskaf. Beskou teen sy sosiokulturele agtergrond, is sy opmerking van primêre belang in die verstaan van sportprestasie binne die "township"-gemeenskappe. Hy het as volg reageer:

...I was their hero, their role-model. I acted as a leader of the street, a leader of the township.

Sportdeelname het ook as vervullingsbron en emosionele hanteringsmeganisme gedien. Deur die beoefening van sport kon persoon 21 byvoorbeeld die energie, soos opgewek deur lewensgebeure, herkanaliseer en gebruik. Sy het juis begin hardloop na die dood van haar suster.

Die kennisies van die sportpersone was ondersteunend tot goeie prestasie. Hul lewens was gekenmerk deur geesdrif, doelgerigtheid, gedissiplineerdheid en selfversekerdheid. Sommiges het gevoel dat hulle onaantasbaar was. Die kanse om beseer raak is dus heeltemal ontken. Persoon 11 het gemeld:

...jy kan doen wat wat jy wil, niks kan jou aanraak nie.

Sekere interne verwagtinge is gestel. Die verwagtinge het verband gehou met die bereiking van doelwitte en ideale, asook druk wat deur sommige op hulself geplaas is. Van die verwagtinge was egter irrasioneel.

Eksterne verwagtinge is as positief en negatief beleef. Persoon 21 het gemeld:

... as ek verloor of ek hardloop nie goeie tye nie... en ...niemand praat met my nie, my afrigter praat nie met my nie, my ouers is half afwesig...

Tydens hierdie fase is positiewe emosies ervaar. Die sportpersone het lekker gevoel, was gelukkig en positief. Geen negatiewe emosies is gerapporteer nie.

Die gedrag wat hulle geopenbaar het was gerig op die bereiking van hul doelwitte en het gesprek van toewyding, opoffering en balans. Persoon 19 het die volgende gemeld:

Ek het elke dag uitgesien om te gaan oefen, en ek het elke keer gaan gym, en dit was vir my lekker om atletiek toe te gaan...

Verskeie stressors het die belewing van hul sport beïnvloed. Dit is interessant om daarop te let dat die swart sportpersone veral probleme met uitrusting, finansies, agtergrond, gesinsomstandighede, fasiliteite en fisieke klagtes ervaar het. Die feit dat persoon 12 'n enkelouer is en die broodwinner was, het waarskynlik veroorsaak dat sy nie oor genoegsame finansies beskik het om te sorg dat haar hardloopskoene altyd in 'n goeie toestand was nie.

Positiewe stressors soos hervestiging, kontak met mense uit die nuwe omgewing en sportdoelwitte is ook genoem. Persoon 7 is, op grond van sy sportprestasie, werk in die Vrystaat aangebied. Hy en sy gesin moes hul hervestig binne 'n gemeenskap met ander gewoontes as dié waaraan hulle gewoond was.

Prosesse binne die persoon, soos die aanspreek van sekere lewensfasetake en toekomsplanne is ook as stressors binne hierdie fase geïdentifiseer.

5.2.2 Beseringsfase

Verskeie oorsake vir die opdoen van die beserings is geïdentifiseer. Die verklarings vir die beserings het gewissel vanaf interne redes soos nalatigheid, doelwit-georiënteerdheid en gebrekkige kennis van beserings; tot eksterne redes soos die eise van die sportsoort, onvoorsiene trauma en uitrusting.

Die kognisies soos deur die sportpersone beleef, ondersteun die eerste fase van die hartseerproses soos deur Averill (1968), Karl (1987) en Kübler-Ross (1969) geïdentifiseer. Verdedigingsmeganismes soos ontkenning, onderdrukking en rasionalisering was aanwesig. Irrasionele gedagtepatrone soos katastrofering, absolutistiese denke, verpersoonliking en negatiewe selfbeoordeling het voorgekom.

Vir sommige toetslinge het die besering 'n positiewe emosie tot gevolg gehad. 'n Gevoel van welsyn, tevredenheid en verligting is onder andere beleef. Vir persoon 1 was dit 'n geleentheid om niks te doen nie. Persoon 7 was tevrede omdat die besering eers laat in die seisoen plaasgevind het. Persoon 21 was verlig omdat haar oefenprogram klaarblyklik baie straf was.

Die negatiewe emosies het gewissel van teleurgesteldheid, 'n slegte gevoel, hartseer, bangheid, 'n negatiewe gevoel, gefrustreerdheid, neerslagtigheid, depressiwiteit, gevoelens van woede, gevoelens van jaloesie, aanvaarding, geskoktheid, senuweeagtigheid en 'n gevoel van alleenheid.

Die volgende gedrag is geopenbaar: jaloesie, psigo-motoriese agitatie, terughouding, onttrekking, soeke na raad en die neem van aksiestappe. Die terughoudende gedrag het verband gehou met ontkenning van die realiteit van die besering. Die betrokke persoon het probeer om eerder haar inset tydens deelname te beperk.

Engel (1964) het aangedui dat die belangrikheid van die verliesobjek bepalend kan wees vir die mate van hartseer wat ervaar word. Om die reaksie van die persone fenomenologies te verstaan, is dit volgens Fahlberg *et al.* (1992) nodig om kennis van hul geleefde ervaring te dra. Polkinghorne (1983) beveel aan dat daar gefokus moet word op patrone onder die oppervlak van individuele gebeure om na die aanvanklike betekenis te soek. Dit is daarom belangrik om die reaksie op beserings te evalueer in die lig van die aanvanklike betekenis van sportdeelname. Persoon 3 het byvoorbeeld aanvanklik die volgende betekenis aan sportdeelname geheg:

...my tennis was vir my alles gewees, ek was mal oor tennis...

Haar reaksie op die besering was as volg:

... toe begin ek huil, want my skouer was regtig baie seer gewees... en ... ek gaan lank moet uit wees, ek sal vir 'n ruk nie meer kan tennis speel nie... en ... ek het geweet dit was op 'n stadion gewees wat ek sou moes begin goed doen het, en dat ek vir 'n Suid-Afrikaanse span gekies sou moes word.

Haar besering het dus veroorsaak dat sy 'n verlies ervaar het wat volgens Peretz (1970) se klassifikasie 'n verlies aan 'n sekere aspek van die self was. Teen die agtergrond van eksistensialisme beskou, beleef sy gedurende hierdie fase 'n eksistensiële krisis. Grof (1985) het gemeld dat enige aktiwiteit (soos sportbeoefening) kan dien as 'n verdediging van die ego teen die bewustheid van die dood. Haar hele bestaan was bedreig deur die besering, op grond van die betekenis wat sy aan sportdeelname geheg het.

Dit is dus duidelik dat elke persoon se geleefde ervaring op grond van sy/haar eie betekenis hanteer moet word. Wat vir die een persoon 'n ernstige verlies is, kan vir 'n ander geen betekenis inhou nie (Peretz, 1970).

5.2.3 Behandelingsbesluite- en beplanningsfase

Hierdie fase is nog relatief naby aan die aanvanklike opdoen van die besering en die verwagting is dat beseerde sportlui nog in 'n stadium van skok of ontkenning, soos voorgestel deur Averill (1968), Karl (1987) en Kübler-Ross (1969), verkeer.

In hierdie studie het die beseerde sportpersone kennis ervaar wat gewentel het om bevraagtekening, interne hanteringsmeganismes, verwagtinge, ingesteldheid tot die herstelproses, ontkenning, wense en pyn.

Die meerderheid beseerde sportlui het emosioneel 'n slegte gevoel ervaar en hulle was teleurgesteld. 'n Groot verskeidenheid van emosies is egter ervaar. Verder kan die inligting deur die dokter verskaf, die persoon opnuut skok.

Risikogedrag, asook ignorering van doktersadvies, het voorgekom. Persoon 2 het 'n valskerm-sprong uitgevoer om sy nasionale kleure te behou. Hierdie gedrag hou lynreg verband met die betekenis wat die persoon aan sy sportbeoefening heg. Hy het byvoorbeeld na twintig jaar as val-

skirmspringer nasionale kleure verwerf. Dit was om dié rede seker vir hom belangrik om 'n sprong uit te oefen wat sou verseker dat hy sy kleure behou.

Verskeie stressors soos finansies, werksomstandighede en die beskikbaarheid van gespesialiseerde mediese sorg het voorgekom. Die finansiële stressors en beskikbaarheid van gespesialiseerde mediese sorg is primêr deur swart sportpersone ervaar. Persoon 18 het as gevolg van finansiële redes nooit na 'n mediese dokter gegaan nie. Die gevolg was dat hy vir agtien maande buite aksie was. Persoon 6 het gemeld dat hy weens finansiële beperkinge na 'n algemene hospitaal is waar min begrip en kennis rakende sportbeterings openbaar is.

Die volgende verliese is ervaar: verlies aan dagroetine, mobiliteit, sportdeelname, wedstryde en toere, doelwit, katarsismeganisme, toekomsplanne en verhoudinge.

5.2.4 Vroeë-rehabilitasiefase

Verskeie kognitiewe reaksies is gedurende hierdie fase aanwesig. By sommige is daar steeds 'n soeke na 'n verklaring vir die besering. Onsekerheid bestaan oor toekomstige deelname, prestasie en die uitslag van die rehabilitasieproses. Die oorweging van verandering van sportsoortdeelname het ook voorgekom.

Verskeie strategieë is gebruik in die hantering van die situasie. Sommige persone het in hulleself gekeer. Die werklike stand van sake is soms van ander persone weerhou, ander het weer op hul naaste en mediese persone gesteun. Meer as 14% het staat gemaak op hul geloofslewe om hulle deur die krisis te dra.

'n Aktiewe proses van aanpassing by die situasie, in ooreenstemming met Karl (1987) se benadering, het by sommige sportpersone plaasgevind. Rasionalisering van die teenwoordigheid van die besering, die stel van positiewe verwagtinge en die kanalisering van energie het voorgekom. Persoon 10 byvoorbeeld het die volgende gemeld:

... ek besef dat as ek miskien op daardie stadium vir Suid-Afrika gespeel het, sou ek dalk nie die kapasiteit gehad het as mens om dit te kan hanteer nie, en ek sou dalk 'n groot gemors daarvan gemaak het.

Daar is ook op medikasie gesteun. Ander sportlui wat vantevore van 'n soortgelyke besering herstel het, is as rolmodelle gebruik.

Sommige verwagtinge oor sportprestasie, die mate van herstel, die herstel van basiese vermoëns en die voortsetting van die sportloopbaan het voorgekom. Sommige beseerde sportpersone het aangedui dat hul gesukkel het om die situasie te hanteer.

Enkele irrasionele denkpatrone was aanwesig. Dié persone was veral geneig om te katastrofeer. So het 42,9% gewonder of hulle wel weer sal kan deelneem en of hulle 'n vorige vlak van prestasie sal kan bereik.

Gedagtes wat gehandel het oor pyn, die betekenis van sport, selfbeeld, eksistensiële en geestelike vrae was aanwesig. Tipiese geestelike vrae het gehandel oor die beserings as 'n metode van berisping, of as straf is vir vorige oortredinge en bedenkinge is uitgespreek oor God se liefde vir die persoon. 'n Swart persoon het ook gewonder of hy nie dalk getoor was deur iemand wat sy deelname wou verongeluk nie.

'n Positiewe gevoel was by sommiges aanwesig omdat hulle, nadat die besering behandel is, weer aktief kon wees en begin oefen. Die meeste het egter 'n slegte gevoel ervaar en was teleurgesteld. Die gevoel het verband gehou met hul persepsie van herstel en die invloed wat die besering op hulle lewe sou hê. Verskeie ander emosies was aanwesig, soos terneergedruktheid, gefrustreerdheid, hartseer, haat, senuweeagtigheid en geskoktheid. Dit blyk dat van die sportpersone in hierdie fase nog steeds sukkel om emosioneel van die verlies te herstel.

Die aanpassing wat persoon 3 tot haar dagroetine moes maak het dit vir haar emosioneel moeilik gemaak. Sy het begin om 'n ander sportsoort te beoefen en dit het haar gehelp om beter te voel.

Verskeie sportpersone het gemeld dat hulle meer positief begin raak het namate die besering herstel het. Dié bevinding ondersteun die bevindinge van McDonald en Hardy (1990).

Insiggewend van hierdie fase is dat 38,1% van die sportpersone ego-vreemde gedrag begin openbaar het. Leervermoë was ingeperk, persone se frustrasie-toleransie was swakker, party het begin

om straf te drink en het gereeld drinkplekke besoek. Persoon 17 het teen haar aard in 'n persoon gevloek omdat hy 'n onsensitiewe opmerking gemaak het. Beserings deur sportlui kan dus ver-reikende gevolge vir hul lewens inhou.

Bykans 48% van die persone het egter hul energie na ander aktiwiteite verplaas. Sommiges het hulle van ander onttrek en het geneig om die ware toedrag van sake te ontken indien hulle daarna gevra is.

Die volgende verliese is ervaar:

Fisieke aspekte:

- Liggaamlike aantreklikheid
- Om sekere vroulike skoene te dra
- Liggaamlike vermoëns
- Fiksheid
- Mobiliteit
- Gesondheid

Sielkundige aspekte:

- Selfvertroue
- Emosionele hanteringsmeganisme
- Outonomieit
- Belangstelling
- Doelwitte
- Deelname
- Suksesvolle oefenmaats
- 'n Leefwyse

Al vier die tipes verliese soos deur Peretz (1970) geïdentifiseer, is deur sekere van die sportlui beleef. Die persepsie van die belangrikheid van die verliese het dan die ervaarde emosies negatief beïnvloed.

Sportpersone het teen die verwagting in hul suksesvolle oefenmaats en diegene wat presteer as 'n belangrike stressor beleef. Van die ander stressors wat voorgekom het was finansies, studies en werk, die mate van beseringsherstel, verhoudings wat verbreek is, asook die betrokkenheid van die sport-beheerliggaam. Al die stressors het moontlik die beseerde sportpersone se konsentrasie in so 'n mate beïnvloed dat hulle nie effektief op hul rehabilitasieprogramme gefokus het nie.

Interessant tot hierdie fase is dat geen swart sportpersoon enigsins 'n professionele fisioterapie of rehabilitasie-program ondergaan het nie. Dié persone het, onder andere weens die afwesigheid van mediese dienste en 'n tekort aan kennis en finansies, tuis gebly.

5.2.5 Laat-rehabilitasiefase

Hierdie fase is klaarblyklik 'n voortsetting van die vroeë-rehabilitasiefase. Die beseerde sportlui het nog steeds vrae gehad wat verband gehou het met hul mate van herstel, toekomstige prestasie en die betekenis van die pyn. Hulle het die situasie probeer hanteer deur onderdrukking en geestelike betrokkenheid.

Dit was vir persoon 6 baie aangenaam om weer te begin oefen. Ander persone was egter bang vir verdere besering, sommiges was verward, negatief, het gemoedswaaie beleef, was teleurgesteld en het depressief gevoel. Dit is dus duidelik dat almal nie vrede gemaak het met die stand van sake nie en dus nog nie die realiteit van die besering aanvaar het nie. Die eerste twee take van rou soos deur Worden (1980) voorgestel, was by sommige beseerde sportlui nog nie afgehandel nie en daarom het hulle gesukkel om emosioneel beter te voel.

Ego-vreemde gedrag, asook die herinvestering van energie het nog steeds voorgekom. Sommige persone het ook nie na die advies van die dokters geluister nie en het hul eie besluite geneem.

Sportlui is gemotiveer om vol te hou met die behandelingsplan vir die volgende redes:

Interne redes

- Terminering van pyn
- Herwinning van basiese funksies
- Behoeftes aan sportdeelname
- Bereiking van doelwitte
- Herstel van liggaamsvoorkoms
- Motivering vanuit godsdiensoefening.

Eksterne redes

- Sosiale ondersteuning
- Mediese rehabilitasie-span se aanmoediging
- Sport sien op TV
- Publiek se aanmoediging.

Die volgende verliese is gedurende hierdie fase beleef:

Fisiese aspekte

- Fisiese vermoë
- Fiksheid
- Mobiliteit.

Sielkundige aspekte

- Faset van lewe
- Deelname aan sportaktiwiteite
- Selfvertroue
- Doelwitte
- Positiewe ingesteldheid
- Outonomieit.

Ander aspekte

- Borge
- Finansieel
- Ondersteuning
- Suksesvolle oefenmaats
- Studies en werk.

Die volgende struikelblokke is gedurende die fase beleef:

Interne struikelblokke

- Onsekerheid oor herstel
- Onrealistiese herstelverwagtinge
- Pyn
- Verwagting oor terugkeer na vorige vlak van prestasie
- Terugvalle
- Mobiliteit
- Hardkoppigheid
- Kommunikasie
- Terughou van liggaamlike inspanning gedurende gimnasiumprogram beoefening.

Eksterne struikelblokke

- Ondersteuning
- Die sukses van ander sportlui
- Nuwe-effek van medikasie
- Diagnose en advies
- Rehabilitasieprogram
- Werksverpligtinge
- Finansies
- Verwagtinge deur sportfederasie en afrigters.

Al die genoemde struikelblokke het 'n invloed op die kognisies en emosies wat die persone ervaar. Kognitiewe leiding blyk noodsaaklik te wees om beseerde sportlui te help om die realiteit te aanvaar en aan te pas by die tydelike of permanente afwesigheid van die verliesobjek.

5.2.6 Terugkeer na kompeterende sport

Hierdie fase word gekenmerk deur die volgende kognisies:

Ingesteldheid

- Verbeterde prestering
- Verdere deelneming
- Aanpassing by situasie
- Bangerig
- Traak-my-nie-agtig
- Geniet
- Negatief
- Rasionalisering oor besluit om deel te neem
- Onsekerheid oor prestering
- Selfvertroue
- Positief
- Selfbeskerming
- Psigiese gereedheid
- Bevraagtekening
- Gedagtes aangaande kompetering

Verwagtinge

- Verbeterde prestasie
- Realistiese doelwitstelling
- Bereiking van vorige prestasievlak
- Bereiking van vorige ingesteldheid
- Psigiese gereedheid

Bekommernisse

- Vrees vir herbesering
- Persepsie rakende mate van herstel
- Swak sportprestasie
- Ander persone se opinie
- Interne verwagtinge
- Eksterne verwagtinge
- Kontrakte en borgskappe

Beide positiewe en negatiewe emosies is beleef. Daar was 'n opgewondenheid om weer deel te neem, maar sommiges was tog bekommerd oor 'n moontlike terugslag en sommiges was teleurgesteld oor hul mate van herstel. Bangheid, gespannendheid en onsekerheid het wel voorgekom.

Sommige persone het die volgende gedrag openbaar:

- Konsentrasie-probleme
- Kompenserende handelinge (Byvoorbeeld 'n rugbyspeler het nou anders na 'n doodvat probeer val om sodoende nie die vorige beseerde area te vererger nie)
- Selfbeskermende gedrag

5.2.7 Samevatting

Die belewing van beserings blyk individu-spesifiek te wees. Dit is duidelik dat die persoonlike betekenis van sportdeelname die intensiteit waarmee die individu die besering beleef, beïnvloed. Beseerde sportlui kan steeds teleurgesteld voel oor 'n onlangse besering, al het hulle teruggekeer tot kompeterende sport. Daar is dus nie 'n vaste patroon in die emosionele belewing van beserings nie.

Die bevindinge van dié navorsing ondersteun die siening van Eldridge (1983) dat daar 'n sterk verband tussen die psigiese lewe en fisieke aktiwiteit bestaan. Alle gebeurtenisse wat met die liggaam plaasvind, het 'n direkte effek op die psigiese lewe.

Wiese en Weiss (1987) het aangedui dat sportlui se reaksie op beserings grootliks deur hul persoonlikheid en die konteks waarbinne die besering plaasgevind het, beïnvloed word. Uit dié navorsing blyk die betekenis wat die individu aan sportdeelname heg, primêr in die verstaan van reaksie op beserings betrek moet word. Die mate waartoe die deelnemer 'n besering as 'n verlies ervaar, sal deur die waarde wat hy/sy aan sportdeelname heg, bepaal word.

Baie geld word in die ontwikkeling van sport en sportfasiliteite belê. Gedurende Augustus 1999 is 'n organisasie, *Sports For All*, wat hom beywer vir die ontwikkeling van eersgenoemde in agtergeblewe gemeenskappe gestig. Die sukses van die onderneming sal egter ook van die beskikbaarheid van bekostigbare, gespesialiseerde sportmediese fasiliteite afhang. Dit sal verhoed dat 'n sportpersoon met 'n minder ernstige besering, soos persoon 18, vir agtien maande nie aan sport kon deelneem nie.

5.3 Kritiese oorsig van studie

5.3.1 Tekortkominge

Die tekortkominge van die navorsing is as volg:

- Die getal toetslinge was te veel om die werklike kennis dieper te ontgin. Enkele gevallestudies, in teenstelling met kruis-gevallestudie, sou moontlik 'n duideliker verband tussen die fase van besering en die beleefde kognisies en emosies kon aandui. Die tipe kognisies en emosies sou dan beperk gewees het.
- Onderhoudvoering in 'n tweede taal kon moontlik die beskrywing van die beseringsbelewenis beperk het. Die onderhoud met persoon 18 is die ergste deur dié faktor geraak.
- Die afwesigheid van finansiële steun het veroorsaak dat slegs toetslinge uit die Bloemfontein-area by die navorsing betrek is. Daar was ook nie fondse vir die gebruik van 'n Sotho-tolk nie.

- Die onbeskikbaarheid van swart vroue wat sport op 'n sekere vlak beoefen en wat al voorheen vir ten minste twee maande beseer was, het veroorsaak dat slegs een persoon uit hierdie kategorie by die navorsing betrek is.

5.3.2 Bydraes

Hierdie navorsing het die volgende bydraes gelewer:

- Kognitiewe en emosionele reaksies van beseerde sportlui spesifiek tot elke fase van die beseeringsproses is geïdentifiseer.
- Verliese wat beseerde sportlui binne die behandelingsbesluite- en beplanningsfase, vroeë- rehabilitasie- en laat-rehabilitasiefases ervaar, is bepaal.
- Stressors wat hul tydens die voorbeseeringsfase, die behandelingsbesluite- en beplanningsfase en vroeë-rehabilitasiefase ervaar, is bepaal.
- Struikelblokke wat deelname aan die rehabilitasieprogram belemmer het, is geïdentifiseer.
- Faktore wat beseerde sportlui gemotiveer het om deel te neem aan die behandelingsproses, is geïdentifiseer.
- Voordele wat verband hou met beseer wees, is geïdentifiseer.

5.4 *Voorstelle vir toekomstige studies*

Die volgende voorstelle word vir toekomstige studies gemaak:

- Die kognitiewe en emosionele reaksie van swart sportvroue kan verder ondersoek word.
- Beseerde sportlui moet so gou moontlik na die opdoen van 'n besering ondervra word. Die kognitiewe en emosionele belewenis moet dan verkieslik tot terugkeer na kompeterende sport gemonitor word.
- Die rol wat tradisionele gelowe en gebruike in die verklaring en behandeling van beseeringspeel, kan nagevors word.
- Navorsing oor die effek van 'n persoonlikheidstrek soos gehardheid of optimisme.
- Die verwagtinge wat beseerde sportlui van afrigters en klubs koester, kan ondersoek word.

- Die wyse waarop en die tipe inligting wat medici aan beseerde sportlui kommunikeer, kan ondersoek word.

5.5 Implikasies vir die praktyk

Die volgende implikasies is vir die praktyk geïdentifiseer:

- 'n Sielkundige evaluasie as deel van 'n multi-dissiplinêre spanbenadering is belangrik in die verstaan van beserings.
- Sielkundige intervensie oor die verwerking van en aanpassing by die verlies, die hantering van pyn, die herkanalisering van energie, die motivering om aan die rehabilitasieprogram deel te neem, asook die psigiese gereedmaking tot terugkeer na kompeterende sport is aangedui.
- Die betekenis wat beseerde sportlui aan sportdeelname heg moet in ag geneem word. Alle inligting wat aan hulle gekommunikeer word sal 'n direkte invloed op hul kognitiewe en emosionele reaksie tot die besering hê.
- Sportlui moet opleiding ontvang oor die aard en effek van beserings en pyn.
- Voorheen beseerde sportlui met soortgelyke beserings wat van hul beserings herstel het, kan as ondersteuning betrek word.
- Die blootstelling aan suksesvolle oefenmaats kan heroorweeg word.

VERWYSINGSLYS

- Albrecht, T.L., & Adelman, M.B. (1984). Social support and life stress: New directions for communication research. *Human Communication Research*, 11, 3-22.
- Allen, M., & Jensen, L. (1990). Hermeneutical inquiry: Meaning and scope. *Western Journal of Nursing Research*, 12, 241-253.
- Andersen, M.B., & Williams, J.M. (1988). A Model of stress and athletic injury: Prediction and prevention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, 299-306.
- Astle, S.J. (1986). The experience of loss in athletes. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness: A Quarterly Review*, 26, 279-284.
- Averill, J.A. (1968). Grief: Its nature and significance. *Psychological Bulletin*, 70, 721-748.
- Beecher, H.K. (1956). Relationship of significance of wound to pain experienced. *Journal of the American Medical Association*, 161 (17), 1609-1613.
- Ben-Sira, Z. (1983). Loss, stress and readjustment: The structure of coping with bereavement and disability. *Social Science and Medicine*, 17, 1619-1632.
- Bergandi, T.A. (1985). Psychological variables relating to the incidences of athletic injury. *International Journal of Sport Psychology*, 16, 141-149.
- Blackwell, B., & McCullagh, P. (1990). The relationship of athletic injury to life stress, competitive anxiety and coping resources. *Athletic Trainer*, 25 (1), 23-27.
- Bowlby, J. (1978). *Attachment and loss: Vol 1. Attachment*. London: Penguin.

Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression (Attachment and loss, vol. III)*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1991). *Attachment and loss: Vol 3. Loss, sadness and depression*. London: Penguin.

Bramwell, S.T., Masuda, M., Wagner, N.N., & Holmes, T. (1975). Psychosocial factors in athletic injuries: Development and application of the Social and Athletic Readjustment Rating Scale (SARRS). *Journal of Human Stress*, 1 (2), 6-20.

Brewer, B.W. (1994). Review and critique of models of psychological adjustment to athletic injury. *Journal of Applied Sport Psychology*, 6, 87-100.

Brown, T.J., & Stoudemine, A.G. (1983). Normal and pathological grief. *Journal of American Medical Association*, 250, 378-382.

Bugen, L.A. (1977). Human grief: A model for prediction and prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 196-206.

Capra, F. (1982). *The turning point: Science, society and the rising culture*. New York: Bantam Books.

Cohen, F., & Lazarus, R.S. (1983). Coping and adaptation in illness. In D. Mechanic (Ed.), *Handbook on health, health care, and the health professions* (pp. 608-635). New York: Free Press.

Collins, P.H. (1991). Learning from the outsider within: The sociological significance of Black feminist thought. In M.M. Fonow & J.A. Cook (Eds.), *Beyond methodology: Feminist scholarship as lived research* (pp. 35-59). Bloomington, IN: Indiana University Press.

Cryan, P.D., & Alles, W.F. (1983). The Relationship between stress and college football injuries. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, **23**, 52-58.

Dishman, R. (1982). Contemporary sport psychology. *Exercise and Sport Science Reviews*, **10**, 120-159.

Dolce, J.J., Crocker, M.F., Molatteire, C., & Doleys, D.M. (1986). Exercise quotas, anticipatory concern and self-efficacy expectancies in chronic pain: A preliminary report. *Pain*, **24**, 365-372.

Duda, J.L., Smart, A.E., & Tappe, M.K. (1989). Predictors of adherence in the rehabilitation of athletic injuries: An application of personal investment theory. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, **11**, 367-381.

Eldridge, W. (1983). The importance of psychotherapy for athletic related orthopedic injuries among adults. *Comprehensive Psychiatry*, **24**, 271-277.

Engel, G.L. (1964). Grief and grieving. *American Journal of Nursing*, **64**, 93-98.

Engel, G.L. (1967). The concept of psychosomatic disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, **11**, 3-9.

Evans, L., & Hardy, L. (1995). Sport injury and grief responses: A review. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, **17**, 227-245.

Eysenck, H.J. (1963). *Experiments with drugs*. New York: Pergamon.

Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: C.C. Thomas.

Fahlberg, L.L. (1990). *A hermeneutical study of meaning in health behavior: Women and exercise*. Unpublished doctoral dissertation, University of Utah, Utah.

Fahlberg, L.L., & Fahlberg, L.A. (1990). From treatment to health enhancement: Psycho-social considerations in the exercise components of health promotion programs. *The Sport Psychologist*, 4, 168-179.

Fahlberg, L.L., Fahlberg, L.A., & Gates, W.K. (1992). Exercise and existence: Exercise behavior from an existential-phenomenological perspective. *The Sport Psychologist*, 6, 172-191.

Fine, P.G., & Petty, W.C. (1986). Myofascial trigger point pain: Diagnosis and treatment. *Current Reviews in Clinical Anesthesia*, 7, 34-39.

Fisher, A.C. (1990). Adherence to sports injury rehabilitation programmes. *Sports Medicine*, 9, 151-158.

Fisher, A.C., Domm, M.A., & Wuest, D.A. (1988). Adherence to sports injury rehabilitation programs. *The Physician and Sports Medicine*, 16 (7), 47-52.

Fordyce, W.E. (1988). Pain and suffering: A reappraisal. *American Psychologist*, 43 (4), 276-283.

Frankl, V. (1984). *Man's search for meaning*. New York: Simon & Schuster.

Friedman, H.S., & Booth-Kewley, S. (1987). The "disease-prone personality": A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42, 539-555.

Gadamer, H. (1975). *Truth and method*. New York: Continuum.

Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.

- Gordon, S., & Lindgren, S. (1990). Psycho-physical rehabilitation from a serious sport injury: A case study of an elite fast bowler. *The Australian Journal of Science and Medicine in Sport*, 22 (3), 71-76.
- Gordon, S., Milios, D., & Grove, R. (1991). Psychological adjustment to sports injuries: Implications for athletes, coaches, and family members. *Sports Coach*, 14 (2), 40-44.
- Gordon, S., Milios, D., & Grove, R. (1992). Psychological adjustment to sports injuries: Implications for therapists and trainers. *Sports Health*, 10 (2), 13-15.
- Grof, S. (1985). *Beyond the brain*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Grove, J.R., Hanrahan, S.J., & Stewart, R.M.L. (1990). Attributions for rapid or slow recovery from sport injury. *Canadian Journal of Sport Sciences*, 15, 107-114.
- Hanson, S.J., McCullagh, P., & Tonymon, P. (1992). The relationship of personality characteristics, life stress, and coping resources to athletic injury. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14, 262-272.
- Haynes, R.B. (1984). Compliance with health advice: An overview with special reference to exercise programs. *Journal of Cardiac Rehabilitation*, 4, 120-123.
- Heil, J., & Fine, P.G. (1993). The biopsychology of injury-related pain. In D. Pargman (Ed.), *Psychological bases of sport injuries* (pp. 33-43). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.
- Hekman, S. (1986). *Hermeunetics and the sociology of knowledge*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Hohmann, G.W. (1985). Psychological aspects of treatment and rehabilitation of the spinal cord injured person. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 112, 81-87.

- Horowitz, M.J. (1985). Disasters and psychological responses to stress. *Psychiatric Annals*, 15, 161-167.
- Jackson, D.W., Jarret, H., Bailey, D., Kausek, J., Swanson, J., & Powell, J.W. (1978). Injury prediction in the young athlete: A preliminary report. *American Journal of Sports Medicine*, 6 (1), 6-14.
- Jackson, S.A. (1995). The growth of qualitative research in sport psychology. In T. Morris & J. Summers (Eds.), *Sport Psychology: Theory, applications and issues* (pp. 575-591). New York: John Wiley & Sons.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C., & Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress management: Daily hassles and uplifts versus major life event. *Journal of Behavior Medicine*, 4, 1-39.
- Karl, G.T. (1987). Janforum: A new look at grief. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 641-645.
- Kerr, G., & Minden, H. (1988). Psychological factors related to the occurrence of athletic injuries. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10 (2), 167-173.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Krane, V., Andersen, M.B., & Streat, W.B. (1997). Issues of qualitative research methods and presentation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 19, 213-218.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Death: The final stage of growth*. London: Prentice Hall.

- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Laughlin, C., McManus, J., & d'Aquili, E. (1990). *Brain, symbol, and experience*. Boston, MA: Shambhala.
- Lavarda, A. (1975). Contribution to the analysis of accident proneness in sport. *International Journal of Sport Psychology*, 6 (3), 215-218.
- Leddy, M.H., Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (1994). Psychological consequences of athletic injury among high-level competitors. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 65, 347-354.
- Lilliston, B.A. (1985). Psychosocial responses to traumatic physical disability. *Social Work in Health Care*, 10 (4), 1-13.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Lofland, J. (1971). *Analyzing social settings*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Lynch, G.P. (1988). Athletic injuries and the practicing sport psychologist: Practical guidelines for assisting athletes. *The Sport Psychologist*, 2, 161-167.
- Marshall, C., & Rossman, G.B. (1995). *Designing qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Martin, J.E., & Dubbert, P.M. (1984). Behavioral management strategies for improving health and fitness. *Journal of Cardiac Rehabilitation*, 4, 200-208.

May, J.R., Veach, T.L., Reed, M.W., & Griffey, M.S. (1985). A psychological study of health, injuries, and performance in athletes on the U.S. alpine ski team. *The Physician and Sportsmedicine*, 13, 111-115.

May, R. (1983). *The discovery of being*. New York: Norton.

May, R., & Yalom, I. (1989). Existential psychotherapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (4th ed.) (pp.363-402). Ithaca, NY: Peacock.

McDonald, S.A., & Hardy, C.J. (1990). Affective response patterns of the injured athlete: An exploratory analysis. *The Sport Psychologist*, 4, 261 -274.

Meichenbaum, D., & Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. New York: Plenum.

Melzack, R., & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979.

Merskey, H. (1986). International Association for the Study of Pain (IASP). Subcommittee on Taxonomy (1986). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain (Suppl. 3)*, S1-S226.

Milios, C.D. (1989). *Psychological response to and rehabilitation from sport injury*. Unpublished honours thesis, University of Western Australia, Perth.

Nideffer, R.M. (1981). *The ethics and practice of applied sport psychology*. Ithaca, NY: Movement Publications.

Nideffer, R.M. (1989). The psychological aspects of sports injuries: Issues in prevention and treatment. *International Journal of Sport Psychology*, 20 (4), 241-255.

Ogilvie, B.C. (1966). *Problem athletes and how to handle them*. London: Pelham Books.

Oldridge, N.B., & Jones, M.L. (1983). Improving patient compliance in cardiac exercise rehabilitation: Effects of written agreement and self-monitoring. *Journal of Cardiac Rehabilitation*, 4, 257-262.

Oltjenbruns, K.A. (1991). Positives outcomes of adolescent's experience with grief. *Journal of Adolescent Research*, 6, 43-53.

Opie, A. (1992). Qualitative research, appropriation of the "other" and empowerment. *Feminist Review*, 40, 52-69.

Parkes, C.M. (1975). Determinants of outcome following bereavement. *Omega*, 6, 303-323.

Parkes, C.M. (1985). Bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 146, 11-17.

Passer, M.W., & Seese, M.D. (1983). Life stress and athletic injury: Examination of positive versus negative events and three moderator variables. *Journal of Human Stress*, 9, 11-16.

Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.

Pederson, P. (1986). The grief response and injury: A special challenge for athletes and athletic trainers. *Athletic Training*, 21 (4), 312-314.

Peele, S. (1981). Reductionism in the psychology of the eighties: Can biochemistry eliminate addiction, mental illness, and pain? *American Psychologist*, 36, 807-818.

Pennebaker, J.W., & Lightner, J.M. (1982). Competition of internal and external information in an exercise setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, **39**, 165-174.

Peretz, D. (1970). In B. Schoenberg, A.C. Carr, D. Peretz, & A.H. Kutscher (Eds.), *Loss and grief: psychological management in medical practice* (pp. 3-19). New York: Columbia University Press.

Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, M.I., & Seligman, M.E.P. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, **6**, 287-299.

Petrie, T.A. (1993). Coping skills, competitive trait anxiety, and playing status: moderating effects on the life stress-injury relationship. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, **15**, 261-274.

Polkinghorne, D. (1983). *Methodology for the human sciences: Systems of inquiry*. Albany, NY: State University of New York Press.

Polkinghorne, D. (1989). Phenomenological research methods. In R. Valle & S. Halling, (Eds.), *Existential-phenomenological perspectives in psychology* (pp. 41-60). New York: Plenum.

*QSR NUD*IST 4 user guide*. (1995). Thousand Oaks, CA: Sage.

Rider, S.P., & Hicks, R.A. (1995). Stress, coping, and injuries in male and female high school basketball players. *Perceptual and Motor Skills*, **81**, 499-503.

Roberts, W.J. (1986). A hypothesis on the physiological basis for causalgia and related pains. *Pain*, **24**, 297-311.

- Rodgers, B.L., & Cowles, K.V. (1991). The concept of grief: An analysis of classical and contemporary thought. *Death studies*, **15**, 443-458.
- Rose, J., & Jevne, R.F. (1993). Psychological processes associated with athletic injuries. *The Sport Psychologist*, **7**, 309-328.
- Rosenblatt, P.C. (1988). Grief: The social context of private feelings. *Journal of Social Issues*, **44** (3), 67-78.
- Rotella, R.J., & Heyman, S.R. (1986). Stress, injury and the psychological rehabilitation of athletes. In J.M. Williams (Ed.), *Applied sport psychology* (pp. 343-364). Palo Alto, CA: Mayfield.
- Sanderson, F.H. (1977). Psychology of the injury prone athlete. *British Journal of Sports Medicine*, **11**, 56-57.
- Sanderson, F.H. (1978). The psychological implications of injury. *British Journal of Sports Medicine*, **12**, 41-43.
- Scanlan, T.K., Stein, G., & Ravizza, K. (1989). An in-depth study of former elite figure skaters: II. Sources of enjoyment. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, **11**, 65-83.
- Shontz, F.C. (1975). *The psychological aspects of physical illness and disability*. New York: Macmillan.
- Silva, J.M., & Hardy, C.J. (1991). The sport psychologist: Psychological aspects of injury in sport. In F.O. Mueller & A. Ryan (Eds.), *The sport medicine team and athletic injury prevention* (pp. 114-132). Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Simos, B.G. (1977). Grief therapy to facilitate healthy restitution. *Social Casework*, **58**, 337-342.

Smith, A.M., Scott, S.G., O'Fallon, W.M., & Young, M.L. (1990). Emotional responses of athletes to injury. *Mayo Clinic Proceedings*, *65*, 38-50.

Smith, A.M., Scott, S.G., & Wiese, D.M. (1990). Psychological effects of sports injuries: Coping. *Sport Medicine*, *9*, 352-369.

Smith, A.M., Stuart, M.J., Wiese-Bjornstal, D.M., Milliner, E.K., O'Fallon, W.M., & Crowson, C.S. (1993). Competitive athletes: Preinjury and postinjury mood state and self-esteem. *Mayo Clinic Proceedings*, *68*, 939-947.

Smith, J.K. (1983). Quantitative versus qualitative research: An attempt to clarify the issue. *Educational Researcher*, *12* (3), 6-13.

Smith, R.E., Smoll, F.L., & Ptacek, J.T. (1990). Conjunctive moderator variables in vulnerability and resilience research: Life stress, social support, and coping skills, and adolescent sport injuries. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 360-370.

Tucker, S.J. (1980). *Spinal cord injuries: Psychological, social, and vocational adjustment*. New York: Pergamon Press.

Udry, E. (1997). Coping and social support among injured athletes following surgery. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *19*, 71-90.

Udry, E., Gould, D., Bridges, D., & Beck, L. (1997). Down but not out: Athlete responses to season-ending injuries. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *19*, 229-248.

Wankel, L., & Berger, B. (1990). The psychological and social benefits of sport and physical activity. *Journal of Leisure Research*, *22*, 167-182.

Warren, J., & Lanning, W. (1982). Biorythm: It's relationship to football injuries. *Journal of Sports Behavior*, 5 (3), 132-138.

Weiss, M.R., & Troxel, R.K. (1986). Psychology of the injured athlete. *Athletic Training*, 21, 104-154.

Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The exprience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: The MIT Press.

Wiese, D.M., & Weiss, M.R. (1987). Psychological rehabilitation and physical injury: Implications for the sports medicine team. *The Sport Psychologist*, 1, 318-330.

Wiese, D.M., Weiss, M.R., & Yukelson, D.P. (1991). Sport Psychology in the training room: A survey of athletic trainers. *The Sport Psychologist*, 5, 15-24.

Wiese-Bjornstal, D.M., & Smith, A.M. (1993). Counseling strategies for enhanced recovery of injured athletes within a team approach. In D. Pargman (Ed.), *Psychological bases of sport injuries* (pp. 149-182). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.

Wilber, K. (1982). Odyssey. *Journal of Humanistic Psychology*, 22 (1), 59-90.

Wilber, K. (1983). *Eye to eye: The quest for the new paradigm*. New York: Anchor Books.

Wilber, K. (1986). Treatment modalities. In K. Wilber, J. Engler, & D. Brown (Eds.), *Transformations of consciousness* (pp. 127-159). Boston, MA: Shambhala.

Wolcott, H.F. (1990). On seeking - and rejecting - validity in qualitative research. In E.W. Eisner & A. Peshkin (Eds.), *Qualitative inquiry in education: The continuing debate* (pp. 121-152). New York: Teachers College Press.

Worden, J.W. (1980). *Grief counseling and grief therapy*. New York: Springer.

Worden, J.W. (1991). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (2nd ed.)*. London: Routeledge.

Worden, J.W. (1996). Task and mediators of mourning: A guideline for the mental health practitioner. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 2 (4), 73-80.

Yaffe, M. (1983). Sport injuries: psychological aspects. *British Journal of Hospital Medicine*, 3, 224-232.

BYLAE A

ONDERHOUDSGIDS VIR HALF-GESTRUKTUREERDE ONDERHOUDE

Inleiding

Bespreek kortliks die volgende:

- Doel van die onderhoud
- Watter tipe vrae die persoon te wagte kan wees
- Vir wie die inligting is
- Hoe die inligting hanteer gaan word, insluitende vertroulikheid
- Hoe die inligting verkry en aangewend gaan word
- Ondertekening van 'n toestemmingsbrief vir gebruik van die data

Die inleiding word afgesluit deur 'n aanduiding dat die onderhoudvoerder graag beserings vanuit die persoon se verwysingsraamwerk wil verstaan. Dui aan dat die persoon se unieke betekenis van sy ervaring ten opsigte van beserings verlang word. Die persoon word versoek om die onderhoudvoerder te leer en te help verstaan.

Algemene inligting

- Skets kortliks jou sport-geskiedenis.
- Wat is jou beseringsgeskiedenis?
- Wat weet jy omtrent die reaksie van atlete oor beserings?

Voorbeseringsfase

- As ek gedurende hierdie fase deel van jou lewe was, watter ervaring sou ek by jou kon waarneem?
- Wat was belangrik in jou lewe gedurende hierdie fase?
- Wat was jou siening omtrent jou sport in hierdie fase?

Beseringsfase

- Hoe het jy beseer geraak?
- As ek teenwoordig was by die mediese steun, watter ervarings sou ek by jou waargeneem het?
- Waaraan het jy onmiddellik gedink nadat jy beseer is?
- Watter emosies het jy na die besering ervaar?

Behandelingsbesluite- en beplanningsfase

- Wat was die dokter se diagnose?
- Wat was jou opinie van die diagnose?
- Watter emosie het jy as gevolg daarvan ervaar?
- Wat het die dokter as beste behandeling voorgestel?
- Beskryf jou gedagtes ten opsigte van die voorgestelde behandelingsplan aan my.
- Tot watter mate het jy angstig gevoel ten opsigte van die voorgestelde behandelingsplan?

Vroeë-rehabilitasiefase

- As ek teenwoordig was, watter ervarings sou ek by jou waargeneem het?
- Wat het jy op daardie stadium ten opsigte van jou fisieke toestand gedink?
- Wat was die mees negatiewe gedagte wat jy gedurende hierdie fase beleef het?

- In watter opsig het jou denke oor jou fisieke toestand jou emosies beïnvloed?
- Hoe het jy die situasie hanteer?

Laat-rehabilitasiefase

- Watter struikelblokke het jy tydens die beserings-herstelproses ervaar?
- Tot watter mate het hierdie struikelblokke jou deelname aan die behandelingsplan beïnvloed?
- Wat het jou gemotiveer om by jou behandelingsplan te hou?
- Watter voordele is daarin om beseer te wees?
- Tot watter mate het jy as gevolg van die besering verliese gely?

Terugkeer na kompeterende sport

- Wat was jou opinie ten opsigte van die terugkeer na kompeterende sport?
- Tot watter mate was jy opgewonde om terug te keer na kompeterende sport?
- Wat was jou hoof bekommernisse omtrent die terugkeer na kompeterende sport?
- Beskryf jou gedagtes betreffende jou eerste deelname na die herstel van die besering.
- Tot watter mate het jy gespanne gevoel tydens jou eerste deelname na die herstel?

Afsluiting

- Ter afsluiting net 'n paar algemene vrae:
- Wat sal jy graag wil sien gebeur ten opsigte van die hantering van beserings?
- Watter aanbevelings sal jy maak aan ander beseerde atlete?

Dit is die einde van die onderhoud. Is daar enigiets wat jy wil byvoeg, verander of uithaal?

BYLAE B
BRIEF AAN SPORTFEDERASIES

Pi re Nel
Fax: (051) 402 1584
Cell: 083 262 3256

31 Sergeant Street
Universitas
Bloemfontein
9301

31 July 1999

Dear Sir/Madam

**SPORT PSYCHOLOGY RESEARCH: THE COGNITIVE AND EMOTIONAL
REACTION OF ELITE INJURED ATHLETES**

The purpose of this research is to get information that will help with the understanding of athletes' cognitive and emotional reaction to injuries. The knowledge gained from this investigation can be useful in the following ways:

1. To help prepare athletes for the demands of injuries.
2. To create insight for coaches concerning the reaction of different racial and gender groups with regards to the experience of injuries.
3. To provide valuable information for professionals concerning the treatment regime.
4. To understand injured athletes better and to compile a treatment regime in such a way that the athlete has the optimum chance for a fast physical and mental recovery.

Elite athletes will be in a unique position to give first-hand information.

The answers of all the athletes I interview will be combined for my research report. Nothing that the athletes say will ever be identified with them personally.

Appointments will be arranged with identified athletes. The interviews will take place where and when it is comfortable for the athlete. The length of the interview can range from 60 to a maximum of 90 minutes. All interviews will be tape-recorded and conducted by myself. Participants may refuse to answer any questions and may terminate the interview at any time.

I would appreciate it if you could supply me with the names and contact numbers of athletes who conform to the following criteria:

- Provincial but preferably international athletes
- Representatives of different race groups
- Were unable to compete due to injury for a minimum of at least 2 months

Your cooperation will be appreciated.

Pi re Nel

Clinical Psychologist

BYLAE C

BIOGRAFIESE INLIGTING EN TOESTEMMING

Biografiese inligting:

Onderhoudsnommer:

1. Naam
2. Adres
3. Telefoon
4. Naam en adres van naasbestaande
5. Datum van onderhoud
6. Datum van besering
7. Geboortedatum
8. Sportsoort waarin beseer
9. Hoogste vlak van deelname in bogenoemde sportsoort
10. Hoogste vlak van akademiese opleiding

Hiermee gee ek, _____ toestemming dat die inligting wat ingewin is tydens die onderhoud met Pi re Nel, gebruik mag word vir navorsingsdoeleindes. Geen identiteit sal aan die inligting gekoppel word nie.

HANDTEKENING

DATUM